

Sehvermögen

U-Untersuchung

Kindergarten

Migrationshintergrund

Vorsorgeuntersuchungen Psychische Auffälligkeiten

Über- und Untergewicht (BMI) Grobmotorische Entwicklung Geschwister

Berufstätigkeit der Eltern **Hörvermögen** Familiäre Situation Sprachvermögen

Kindergarten **Schwerpunkt:** Untersuchungsjahrgang Computerspielsucht

Depressionen **Psychische Gesundheit** Migrationshintergrund BMI

Vorsorgeuntersuchungen **Grobmotorische Entwicklung** Geschlecht

Schuleingangsuntersuchungen **Depressionen** Hörvermögen ADHS

Impfausweis Über- und Untergewicht (BMI) Familiäre Situation Kindergarten

Geschwister Kindergarten

Sprachvermögen U-Untersuchung

ADHS

Impfausweis

Psychische Gesundheit Grobmotorik

Eltern

Vorsorgeuntersuchungen

Über- und Untergewicht

Migrationshintergrund

Sprachvermögen

Depressionen

BMI

Kindergesundheit im Einschulungsalter

Ergebnisse der Schuleingangs- untersuchung 2010

Gesundheitsberichterstattung
für Niedersachsen



Niedersachsen

Herausgeber:

Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt
Roesebeckstr. 4-6, 30449 Hannover

August 2012

Autoren:

Dr. Elke Bruns-Philipps
Katharina Hesse-Jungesblut
Nicola Jahn
Christel Zühlke

Kontakt:

Christel Zühlke
christel.zuehlke@nlga.niedersachsen.de
Tel.: 0511/4505-133

Satz und Layout: Petra Neitmann

Bildrechte: Alle Fotos wenn nicht anders angegeben © Langenbruch/
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

Der Bericht ist unter www.nlga.niedersachsen.de zum Download verfügbar.

Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt

Kindergesundheit im Einschulungsalter

Ergebnisse der Schuleingangs-
untersuchung 2010

Gesundheitsberichterstattung
für Niedersachsen

Kindergesundheit im Einschulungsalter

Es gibt kein Alter, in dem alles so irrsinnig intensiv erlebt wird wie in der Kindheit.
Wir Großen sollten uns daran erinnern, wie das war.

Astrid Lindgren, schwedische Schriftstellerin (1907 – 2002)

Die wichtigsten Voraussetzungen für ein gesundes, sozial erfülltes und chancenreiches Leben werden in der Kindheit geschaffen. Kleine Entwicklungsschritte, die in der Kindheit unterbleiben, führen zu deutlichen und oft nicht zu kompensierenden Problemen im späteren Leben. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels wächst die Verantwortung unserer Gesellschaft, kein Kind in seiner Entwicklung zu beeinträchtigen und allen, möglichst hohe Chancen zur Entfaltung ihrer Begabungen und Fähigkeiten einzuräumen.

Wie Projekte zu frühen Hilfen, die Unterstützung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ oder auch das „Niedersächsische Gesetz zur Förderung der Gesundheit und des Schutzes von Kindern“ zeigen, stellen sich auch die Landkreise und kreisfreien Städte und das Land Niedersachsen dieser Verantwortung.



Mit entscheidend für die Entwicklung von Lebenskompetenz und Lebenschancen ist nach wie vor der Faktor Bildung. Von besonderer Bedeutung ist dabei ein erfolgreicher Start in die Schullaufbahn. Eine wichtige Grundlage hierfür sind die in Niedersachsen landesweit durch den kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführten standardisierten Schuleingangsuntersuchungen.

Dieser Bericht weist erstmalig flächendeckend für ganz Niedersachsen die wichtigsten schulrelevanten Untersuchungsergebnisse auf Landes- und kommunaler Ebene aus. Er korreliert die Befunde z. B. mit Angaben zur Inanspruchnahme präventiver Leistungen (Impfungen, Kinder Vorsorgeuntersuchungen), dem Besuch eines Kindergartens, aber auch mit wichtigen familiären Faktoren (Familienstruktur, Migrationshintergrund).

Im Vordergrund der Schuleingangsuntersuchung steht die Untersuchung des Kindes auf gesundheitliche Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen, die die Schulfähigkeit des Kindes beeinflussen können, sowie die sich daraus ergebende Beratung von Eltern und Schule.

Die Zusammenführung der Daten auf Landesebene ermöglicht den Kommunen zeitnah erhöhte Förderbedarfe im eigenen Umfeld – verglichen mit dem Landesdurchschnitt – zu erkennen sowie die langfristige Verfolgung von Trends z. B. bei der Inanspruchnahme präventiver Leistungen oder dem Auftreten von Sprachentwicklungsverzögerungen. Die Kenntnis, wo man im Landesvergleich steht, unterstützt dabei die Entscheidungsfindung hinsichtlich eigener regionaler Maßnahmen zur Entwicklungsförderung der Kinder und ermöglicht die Qualitätskontrolle der eigenen Daten.

Zukünftig wird das Niedersächsische Landesgesundheitsamt gemeinsam mit den Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens einen solchen Bericht alle zwei Jahre herausgeben. Der Bericht wird jeweils durch ein wechselndes Schwerpunktthema zur Gesundheit von Kindern ergänzt.

Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen der Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienste für ihre Mitarbeit und allen Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pulz', with a large, stylized initial 'P'.

Dr. Matthias Pulz

Präsident des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes

Schuleingangsuntersuchung – Ziele definieren Standards

„Gesundheit“ bedeutet für Kinder und Jugendliche nicht nur die Abwesenheit körperlicher Erkrankungen, sondern eine gesunde und altersgemäße Entwicklung. Aktuelle Untersuchungen wie z. B. die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)“ des Robert Koch-Instituts zeigen einen Wandel der Morbidität von akuten und Infektionskrankheiten hin zu chronischen Krankheiten, Entwicklungsschwierigkeiten sowie psychischen und Verhaltensproblemen. Diese Entwicklungsrisiken treffen ganz besonders Kinder aus sozial benachteiligten Familien und verschärfen auch soziale Risiken durch unterschiedliche Lernausgangslagen bei Schulbeginn.



Die fatalen Folgen von ungenügenden Startchancen und somit ein höheres Risiko für unzureichende Ausbildung und geringere Berufschancen tragen zunächst Kind, Familie und Schule. Aber auch die Gesamtheit der Solidarsysteme wird hier unausweichlich belastet, wenn nicht frühzeitig gegengesteuert wird. Das betrifft sowohl die individuelle Situation als auch den Gesamtkontext, durchaus auch in kommunaler Hinsicht.

Die in unserem Gesundheitssystem vorgehaltenen, von den Krankenkassen finanzierten „Komm-Strukturen“ (SGB V) erreichen diese Risiko-Kinder und ihre Familien nicht gut genug. Da die Problemlagen weder ausschließlich dem pädagogischen noch dem medizinischen Sektor zuzuordnen sind, müssen hier die Fachleute besser als bisher kooperieren (vgl. auch 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung von 2009).

Qualitätsgesicherte Daten zur Kindergesundheit existieren bezogen auf jeweils vollständig erfasste Jahrgänge jenseits des Neugeborenenalters nur in den Ergebnisdatenbanken der Schuleingangsuntersuchungen (SEU). Diese Daten sind ein wertvolles Gut, wenn sie als Basis für eine zielgruppengenaue und effiziente Präventionsarbeit herangezogen werden. Eine sorgfältige Qualitätssicherung ist jedoch die Voraussetzung für die Nutzung der Daten sowohl im individuellen als auch im zielgruppenbezogenen Zusammenhang.

Neben der Beobachtung und Beschreibung von Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken im zeitlichen Verlauf und im regionalen, auch kommunalen Kontext muss eine zeitgemäße SEU weitere Anforderungen erfüllen:

Dazu gehören die individual-kompensatorische Funktion bei Kindern mit lückenhaftem Impfstatus, lückenhaftem Vorsorgestatus und unbekanntem sozialpädiatrischen Problembefunden, die Vermittlerfunktion bei bekannten und/oder neu entdeckten schulrelevanten Gesundheits- oder Entwicklungsrisiken in die aufnehmende Schule hinein, sowie das Erkennen und Benennen von Risikofaktoren für das Lernen in umschriebenen Kindergruppen/Zielgruppen als Basis für sinnvolle Präventionskonzepte.

Mit Blick auf die künftige inklusive Beschulung eines Großteils der Schülerinnen und Schüler mit besonderen Bedürfnissen wird der beratende Anteil der SEU für Eltern und Schulen wesentlich an Bedeutung gewinnen. Hier ist außerdem für eine nahtlose und für die Betroffenen unkomplizierte Abstimmung mit der begutachtenden Fürsorge im Falle von Eingliederungshilfebedarf zu sorgen. Die steigenden Anforderungen an die PädagogInnen im pädagogisch-medizinischen „Grenzgebiet“ erfordert darüber hinaus eine qualifizierte, quasi betriebsärztliche Unterstützung der Kinder mit bekannten Gesundheits- und Entwicklungsproblemen auch während der Schulzeit, da auch

dem sich während der Schulzeit verändernden Unterstützungsbedarf fortlaufend Rechnung getragen werden muss.

Im Zusammenhang mit dem großen und wertvollen Ziel der Inklusiven Schule kommen somit auf die kommunalen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGDs) definierte neue Aufgaben zu. Im Sinne der Kinder und der Schulen möchte ich der Hoffnung Ausdruck verleihen, dass die zuständigen Entscheidungs- und Kostenträger in Politik und Verwaltung diese Tatsache erkennen und auch die entsprechenden Konsequenzen bezüglich der notwendigen Rahmenbedingungen ziehen.

Das gemeinsame Bemühen um eine tatkräftige, sowohl an den individuellen Bedürfnissen als auch an guten fachlichen Standards orientierte Unterstützung von Kindern, Familien und Schulen durch die kommunalen KJGDs, basierend auf einer auch in dieser Hinsicht zeitgemäßen SEU kann ich an dieser Stelle zusagen.



Dr. Bettina Langenbruch
Für den
Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheit
im Landesverband Niedersachsen
der Ärztinnen und Ärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Zusammenfassung

Hintergrund

Mit dem Bericht „Kindergesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2010“ legt das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) im Rahmen seiner „Gesundheitsberichterstattung für Niedersachsen“ erstmals eine landesweite Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen für Niedersachsen vor. Der Bericht knüpft zum Teil an die bisher erschienenen Spezialberichte zur Kindergesundheit in Niedersachsen an¹ und ist zugleich die erste Veröffentlichung einer in Zukunft regelmäßig erscheinenden Reihe zur Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Niedersachsen.

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird festgestellt, ob ein Kind altersgerecht entwickelt und den Anforderungen der Schule gewachsen ist. Zudem dienen die Untersuchungen der Ermittlung von etwaigem Förder- bzw. Unterstützungsbedarf bei den zukünftigen Schulanfängerinnen und -anfängern. Zu den zentralen Untersuchungsbereichen zählen neben der Überprüfung des Seh-, Hör- und Sprachvermögens die Bewertung der motorischen Fähigkeiten und des Verhaltens der Kinder. Außerdem werden Größe und Gewicht, Impfstatus und Teilnahme an Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9 dokumentiert. Einzelne soziodemographische Angaben (Familienstand der Eltern, Migrationshintergrund, Ausbildung der Eltern etc.), die einer besseren Einschätzung der Entwicklungschancen des Kindes dienen, werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung gleichfalls erfasst.

Für die vorliegende Publikation stellten die Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover dem NLGA ihre Daten der standardisierten Schuleingangsuntersuchungen für das Einschulungsjahr 2010 zur Verfügung. Diese Daten wurden zusammengeführt und ausgewertet. Mit den Ergebnissen der Auswertung können für ganz Niedersachsen Aussagen zu den oben genannten Aspekten der Entwicklung und Gesundheit von Schulanfängerinnen und Schulanfängern sowie zu möglichen Einflussfaktoren getroffen werden. Zudem ist es möglich, Auswertungen für Teilpopulationen vorzunehmen, die auf kommunaler Ebene aufgrund zu geringer Fallzahlen vielfach nicht möglich sind.

Ergebnisse

Für das Einschulungsjahr 2010 wurden über 70.000 Jungen und Mädchen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter untersucht.

Die Quoten für die Vorlage des Vorsorgehefts sowie des Impfausweises lagen bei 93,0 % bzw. 92,7 %. Fast vier Fünftel (79,6 %) aller Kinder wurden bei der Schuleingangsuntersuchung 2010 als normalgewichtig eingestuft, 9,8 % als übergewichtig und 10,7 % als untergewichtig. Mehr als drei Viertel der Kinder (78,7 %) verfügten über eine altersgerecht ausgebildete grobmotorische Entwicklung. In etwa gleich hoch (76,9 %) war der Anteil der Kinder, die hinsichtlich ihrer feinmotorischen Entwicklung keine auffälligen Befunde zeigten. Drei Viertel der Kinder (75,1 %) hatten keine Beeinträchtigung ihres Sehvermögens und bei mehr als neunzig Prozent (90,8 %) wurden keine Einschränkungen hinsichtlich des Hörvermögens festgestellt. Die Sprachentwicklung war bei 65,3 % der untersuchten Kinder ohne auffälligen Befund. Bei 77,8 % der Kinder wurden auch hinsichtlich des Verhaltens keine Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt betrachtet lagen für etwas weniger als die Hälfte der Kinder (41,3 %) alle Untersuchungsergebnisse innerhalb der entspre-

¹ vgl. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hg.) 2002: Niedersächsischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, Hannover, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hg.) 2008: Entwicklung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder – Eine Auswertung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts sowie Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2004: Adipositasbericht. Übergewicht bei Schulanfängern – Eine Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen 1993 – 2003, Hannover. Download jeweils unter www.nlga.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=27094&article_id=19369&psmand=20 möglich.

chenden Erwartungswerte, d. h. alle Untersuchungen wurden als „ohne auffälligen Befund“ bzw. „Befund ohne Abklärungsempfehlung“ bewertet.

Für die Auswertung der Daten der Schuleingangsuntersuchung 2010 wurden die Untersuchungsergebnisse mit soziodemographischen Daten korreliert. Ein statistischer Zusammenhang mit den Untersuchungsergebnissen zeigte sich bei vier Faktoren: Geschlecht, Migrationshintergrund, Ausbildungsabschluss der Eltern und Kindergartenbesuch.

Kinder, die einen **Kindergarten** besucht haben, legten häufiger ihre Vorsorgehefte sowie Impfausweise vor und wurden bei vielen Untersuchungen häufiger als altersgerecht entwickelt eingestuft. Sowohl hinsichtlich der fein- und grobmotorischen Fähigkeiten als auch im Bereich Verhalten zeigte sich in dieser Teilgruppe ein höherer Anteil an unauffälligen Befunden. Auch die Untersuchungen zum Hör-, Seh- und Sprachvermögen wurden seltener als auffällig bewertet. Gleichzeitig können die Ergebnisse bei den genannten Untersuchungssitems dahingehend interpretiert werden, dass ein Kindergartenbesuch zu einem früheren Erkennen und ggf. Behandeln von Beeinträchtigungen bzw. Förderbedarf beiträgt, da die Relation von bereits in Behandlung befindlichen Kindern zu den festgestellten abklärungsbedürftigen Befunden bei Kindern, die einen Kindergarten besucht haben, günstiger ist.

Ein entsprechender Zusammenhang zeigte sich auch hinsichtlich des **Ausbildungsabschlusses** der Eltern und den Untersuchungsergebnissen, d. h. je höher qualifizierend der Ausbildungsabschluss der Eltern war, desto günstiger fielen die Untersuchungsergebnisse aus. Eine Ausnahme hiervon bildeten jedoch die Untersuchungsergebnisse zur Grobmotorik und zum Verhalten. Hier schnitten die Kinder, deren Eltern über ein mittleres Ausbildungsniveau verfügten, jeweils am besten ab und die Kinder aus Haushalten mit dem höchsten qualifizierenden Berufsabschluss der Eltern standen an zweiter Stelle.

Weiterhin legt die Auswertung der Daten nahe, dass Kinder mit **Migrationshintergrund** hinsichtlich ihrer Entwicklungschancen schwierigere Ausgangsbedingungen haben. So waren bei Kindern mit Migrationshintergrund die Raten für die Vorlage der Vorsorgehefte und Impfausweise etwas niedriger, die Abweichungen vom Normalgewicht höher und der relative Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder durchweg niedriger – respektive der Anteil der Befunde, die zur Abklärung empfohlen wurden, durchweg höher – als bei Kindern ohne Migrationshintergrund.

Bei einzelnen Untersuchungsbereichen waren auch Unterschiede zwischen **Mädchen und Jungen** auszumachen: Mädchen wurde in den Bereichen Sprachvermögen, Feinmotorik, Grobmotorik und Verhalten deutlich häufiger eine altersgerechte Entwicklung attestiert als Jungen.

Schwerpunkt:

„Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen“

In der zukünftig alle zwei Jahre erscheinenden Berichtsreihe zur „Kindergesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung“ wird jeweils ein Untersuchungsbereich der Schuleingangsuntersuchung oder ein Thema, das für die Kindergesundheit besonders relevant ist, gesondert aufgegriffen und ausführlicher dargestellt. Vor dem Hintergrund der bundesweit gestiegenen Zahl der psychischen Erkrankungen und Störungen bei Kindern und Jugendlichen liegt der Schwerpunkt dieses Berichts auf dem Themenkomplex „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen“. Neben einer detaillierten Darstellung der Untersuchungsergebnisse in dem Bereich Verhalten werden exemplarisch zentrale Fragestellungen und Themen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erörtert. Niedersächsische Gastautoren und -autorinnen aus der Praxis klären auf über Depressionen und Internet-/Computerspielsucht bei Kindern und Jugendlichen. Daneben finden sich Beiträge zur ADHS-Versorgung in Niedersachsen sowie zum sozialpsychiatrischen Beratungsangebot für Kinder, Jugendliche und deren Familien in der Region Hannover.

Fazit

Nach der Auswertung nur eines Untersuchungsjahrganges sollten noch keine Schlussfolgerungen gezogen werden, aus denen sich konkrete Handlungsempfehlungen ableiten lassen. Vielmehr gilt

es, die für das Jahr 2010 ermittelten Beobachtungen zum einen im Zeitverlauf zu untersuchen und zum anderen mit entsprechenden Daten aus den anderen Bundesländern zu vergleichen.

Als erste Tendenzen können unter Berücksichtigung einschlägiger Studien derzeit die Korrelationen der Untersuchungsergebnisse mit der sozialen Lage der Eltern, dem Migrationshintergrund der untersuchten Kinder, dem Vorliegen der U-Untersuchungshefte bzw. der Teilnahmequote an den Vorsorgeuntersuchungen sowie mit dem Kindergartenbesuch identifiziert werden. Positive Korrelationen waren zwischen Kindergartenbesuch und einzelnen Untersuchungsergebnissen sichtbar, ein Zusammenhang mit teilweise ungünstigeren Untersuchungsergebnissen zeigte sich bei geringerer beruflicher Qualifikation der Eltern und dem Migrationshintergrund der Kinder. Außerdem zeigten sich bei einzelnen Untersuchungsergebnissen geschlechtsspezifische Unterschiede.

Verfestigen sich diese Beobachtungen im Zeitverlauf, so wäre genauer zu untersuchen, welche dieser potentiellen Einflussfaktoren präventiv zu beeinflussen bzw. positiv zu verändern sind.

Inhaltsverzeichnis

Kindergesundheit im Einschulungsalter	I
Schuleingangsuntersuchung – Ziele definieren Standards	III
Zusammenfassung	V
1 Einleitung	1
2 Kurzporträt Niedersachsen	3
3 Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen	9
4 Methodik	13
5 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung	17
5.1 Beschreibung der Untersuchungskohorte	19
5.2 Vorsorgeuntersuchungen: Vorlage U-Untersuchungsheft	27
5.3 Vorlage Impfausweis	33
5.4 Über- und Untergewicht (BMI)	39
5.5 Sehvermögen	47
5.6 Hörvermögen	53
5.7 Sprachvermögen	59
5.8 Grobmotorische Entwicklung	67
5.9 Feinmotorische Entwicklung	75
6 Schwerpunktthema: Psychische Gesundheit	83
6.1 Untersuchungsergebnisse Verhalten	87
6.2 Depressionen	95
6.3 ADHS-Versorgung in Niedersachsen	97
6.4 Internet- und Computerspielsucht	105
6.5 Sozialpsychiatrische Beratung für Kinder, Jugendliche und deren Familien	111
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	115
Anhang: Tabellen	123
Autorinnen und Autoren	151

1 Einleitung

In Niedersachsen werden gemäß der Rechtsgrundlage des § 5 Absatz 2 des NGöGD alle Kinder vor der Einschulung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (SEU) ärztlich untersucht. Die Untersuchung dient dazu, eventuellen Förderbedarf für einen erfolgreichen Schulbesuch frühzeitig festzustellen und Eltern zu beraten, wie ihr Kind gegebenenfalls gefördert werden kann. Gleichzeitig wird gemeinsam mit den Schulen möglicher Unterstützungsbedarf für einzelne Schülerinnen oder Schüler besprochen.

Die Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover führen die Schuleingangsuntersuchung im eigenen Wirkungsbereich durch und sind die Halter der dabei erhobenen Daten. Für die Erstellung eines ersten landesweiten Berichts zur Gesundheitssituation von Kindern im Einschulungsalter haben die Landkreise, die kreisfreien Städte sowie die Region Hannover dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) ihr Datenmaterial zur Verfügung gestellt. Auf dieser Grundlage konnte das NLGA die Daten erstmals landesweit zusammenführen, auswerten und vorstellen.

Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des NLGA ist es, über den Gesundheitszustand der Bevölkerung mit Berücksichtigung von regions-, geschlechts- und schichtspezifischen Aspekten zu informieren sowie die Verbreitung von gesundheitlichen Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von präventiven und medizinischen Leistungen sowie Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu beschreiben. Damit soll auch möglicher Handlungsbedarf im Bereich der Prävention, der Gesundheitsförderung sowie bei der medizinischen Versorgung ermittelt werden. Die GBE stellt Daten für eine effektive Gesundheitsplanung zur Verfügung und bildet somit die Grundlage für einen gesundheits- und sozialpolitischen Planungsprozess. Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist es, durch eine bessere Steuerung und Gestaltung der Versorgungsstrukturen sowie eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung, langfristig die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

Mit diesem ersten Bericht zur Kindergesundheit im Einschulungsalter informiert das NLGA über den Gesundheitszustand von Kindern der Einschulungskohorte 2010 in Niedersachsen. Damit wird eine umfassende Übersicht über die Untersuchungsergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in den Untersuchungsbereichen Impfstatus, Teilnahme an Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, Größe, Gewicht, Sehen, Hören, Sprache, Motorik und Verhalten für Gesamt-Niedersachsen präsentiert. Die Untersuchungsergebnisse werden für die einzelnen Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover ausgewiesen, was einen Vergleich der Kommunen untereinander möglich macht. Dieser Vergleich ist auch im Hinblick auf die interne und externe Qualitätssicherung bei der Datenerhebung von großer Bedeutung.

Vor dem Hintergrund ausgewählter soziodemographischer Einflussfaktoren werden die Untersuchungsergebnisse näher beleuchtet und kommentiert. Die Darstellung der Zusammenhänge zwischen einzelnen Befunden der Schuleingangsuntersuchung und sozialen Faktoren kann eine Grundlage für zielgruppenorientierte und räumlich begrenzte Interventionen in den Bereichen Prävention und (Gesundheit-)Förderung bilden.

Zielgruppen dieses Berichts sind die Politik, die öffentliche Verwaltung, die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die interessierte Öffentlichkeit.

Ein Bericht zur Kindergesundheit im Einschulungsalter wird zukünftig alle zwei Jahre erstellt. Jeder Bericht wird einen Aspekt der Schuleingangsuntersuchung mit einem Schwerpunktthema besonders beleuchten. Dieser Bericht hat das Schwerpunktthema „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen“. Neben einer ausführlichen Darstellung der Ergebnisse der SEU im Untersuchungsbereich „Verhalten“ werden exemplarisch einzelne psychische Krankheiten

des Kindes- und Jugendalters vorgestellt und, soweit möglich, die Versorgungssituation für Niedersachsen skizziert.

Unser besonderer Dank gilt den Gastautorinnen und Gastautoren dieser Beiträge sowie den Landkreisen, den kreisfreien Städten und der Region Hannover, die uns die Daten zur Verfügung gestellt haben, sowie den Vertretern der Arbeitsgemeinschaften für ihre Unterstützung und kritischen Stellungnahmen.

2 Kurzporträt Niedersachsen

Überblick

Niedersachsen ist mit 47.612,8 km² flächenmäßig das zweitgrößte Bundesland der Bundesrepublik Deutschland. Mit 7.918.293 Einwohnerinnen und Einwohnern (Stand 31.12.2010) lebt ein knappes Zehntel der Bundesbevölkerung in Niedersachsen. Bezogen auf die Bevölkerungszahl steht Niedersachsen im Ländervergleich hinter Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern an vierter Stelle. Mit einer Bevölkerungsdichte von 166,3 Einwohnern pro Quadratkilometer rangiert Niedersachsen verglichen mit den anderen Bundesländern im Mittelfeld.

Die Region Hannover ist das größte zusammenhängende Gebiet mit dichter Bevölkerungsbesiedlung in Niedersachsen. In den ländlich geprägten Regionen wie z. B. dem ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems zeigt sich in der Karte lediglich im Bereich der kreisfreien Städte Braunschweig, Delmenhorst, Oldenburg, Osnabrück, Wilhelmshaven und Emden eine höhere Bevölkerungsdichte (vgl. Abb. 2.1).

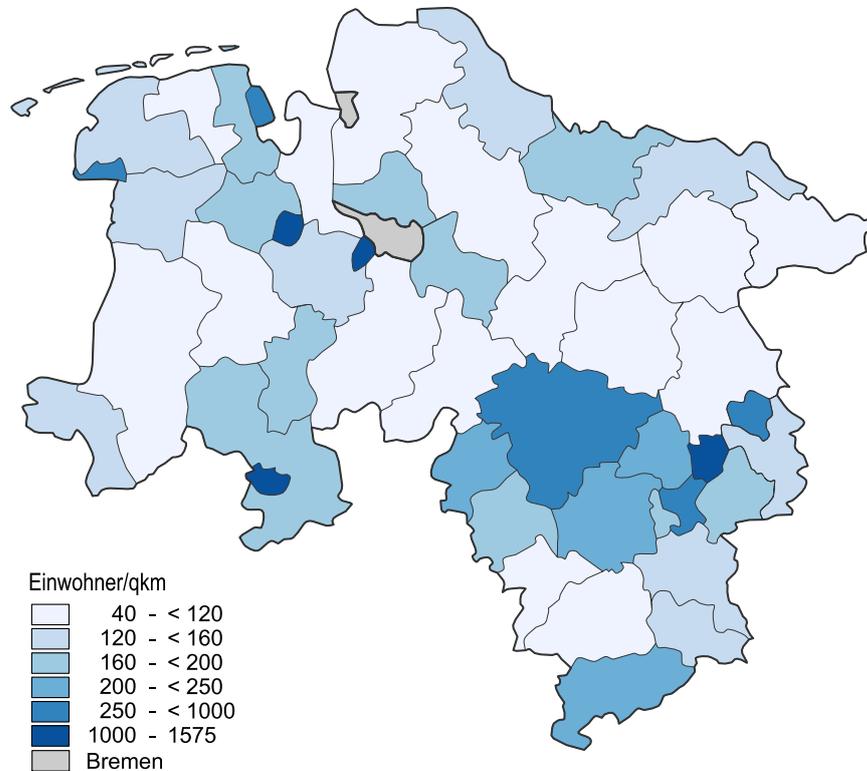


Abb. 2.1 Bevölkerungsdichte 2010, Einwohner pro qkm am 31.12.2010, Niedersachsen; Quelle: LSKN 2011

Das Flächenland Niedersachsen ist in 37 Landkreise, 8 kreisfreie Städte sowie die Region Hannover untergliedert. Die größten Städte (> 100.000 Einwohner) sind

- Hannover 522.686 Einwohner
- Braunschweig 248.867 Einwohner
- Osnabrück 164.119 Einwohner
- Oldenburg 162.173 Einwohner
- Wolfsburg 121.451 Einwohner
- Göttingen 121.060 Einwohner
- Hildesheim 102.794 Einwohner
- Salzgitter 102.394 Einwohner

Obwohl rund 60,0 % der Landesfläche landwirtschaftlich genutzt werden und 21,0 % Waldfläche sind, ist Niedersachsen kein Agrarland mehr. Nur 3,2 % der etwas über 3,7 Millionen erwerbstätigen Niedersachsen arbeiten in der Land- und Forstwirtschaft bzw. der Fischerei. Etwa ein Viertel (23,4 %) der Erwerbstätigen ist im produzierenden Gewerbe und fast drei Viertel (73,4 %) im öffentlichen und privaten Dienstleistungssektor beschäftigt (vgl. Abb. 2.2).

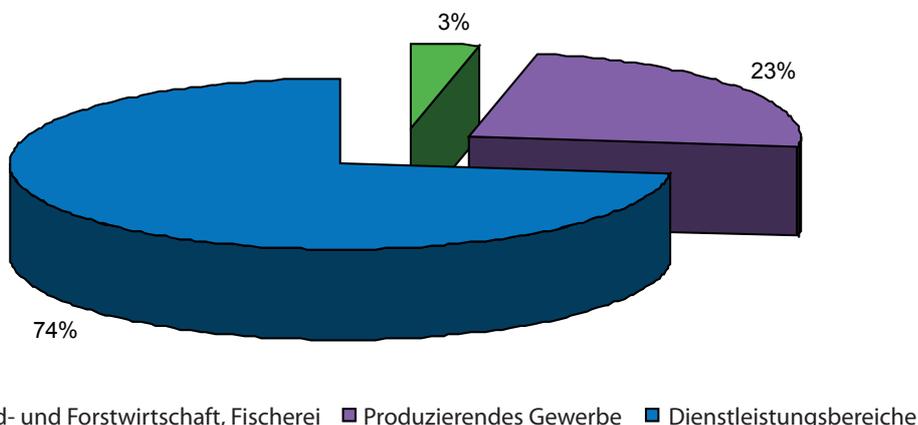


Abb. 2.2 Erwerbstätige in Niedersachsen 2010 nach Sektoren; Quelle: LSKN 2011

Durch Vorkommen von Erdöl, Erdgas, Kali und Salz, Braunkohle, Torf u. a. ist Niedersachsen ein rohstoffreiches Bundesland. An Industrie sind vor allem die Automobilindustrie sowie Automobilzulieferer in Niedersachsen von Bedeutung. Ein weiterer Wirtschaftsfaktor ist der Tourismus im Harz und an der Küste. Zu den größten Unternehmen zählen die in Wolfsburg ansässige Volkswagen AG sowie die Continental AG und die TUI Deutschland GmbH mit Firmensitz in Hannover.

Bevölkerung und Sozialstruktur

Wie auch in allen anderen Bundesländern ist in Niedersachsen ein leichter Frauenüberschuss (Frauen: 50,8 %; Männer: 49,2 %) zu verzeichnen. Dieser ist vor allem der längeren Lebenserwartung von Frauen geschuldet.

Der Ausländeranteil in Niedersachsen liegt mit rund 6,7 % unter dem Bundesdurchschnitt (8,8 %); in den alten Bundesländern ist dies nach Schleswig-Holstein (5,1 %) die zweitniedrigste Quote. Mit 51,3 % ist der Männeranteil unter den Ausländern 2,1 Prozentpunkte höher als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung Niedersachsens, der Anteil der Frauen ohne deutschen Pass ist entsprechend geringer (48,7 %). Der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Niedersachsen ist regional unterschiedlich. In den Städten und industriellen Ballungszentren leben mehr Ausländer/innen als in den ländlich geprägten Regionen. Landkreise bzw. kreisfreie Städte mit einem Ausländeranteil von über 10,0% sind die Region Hannover, die Städte Wolfsburg und Salzgitter sowie der Landkreis Graftschaft Bentheim (vgl. Abb. 2.3).

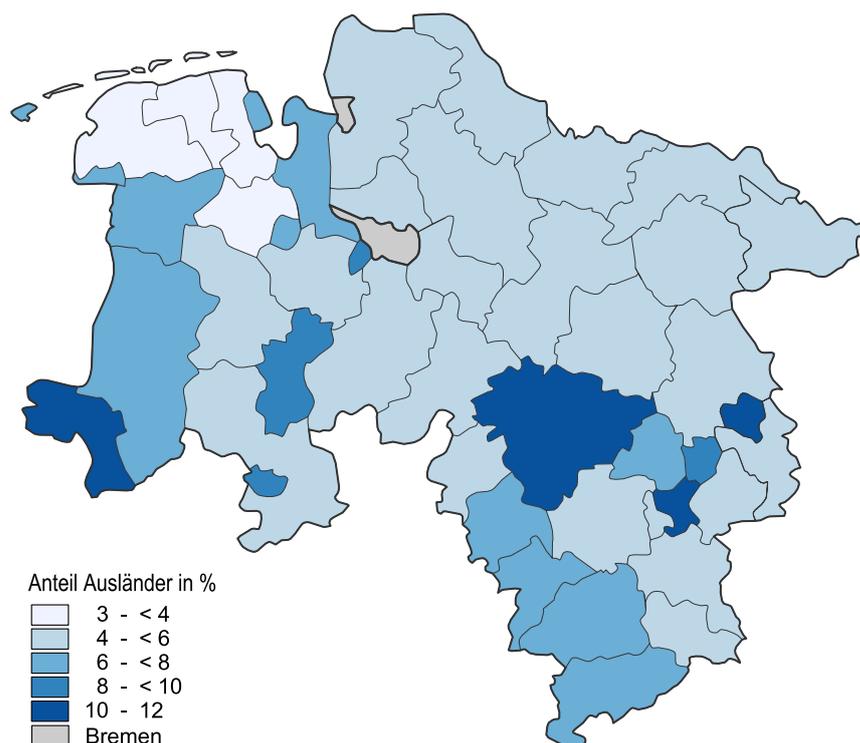


Abb. 2.3 Anteil der Ausländer an der Bevölkerung in % 2010, Niedersachsen; Quelle: LSKN 2011

Mit Ausnahme des Landkreises Grafschaft Bentheim zeigen sich hier noch die historischen Ursprünge der Zuwanderung, an deren Beginn die gezielte Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte für die Industrie stand. Aber auch die späteren Zuwanderer sind überwiegend potentielle Arbeitnehmer/innen und lassen sich daher in Regionen mit großem Arbeitskräftebedarf nieder. Der Landkreis Grafschaft Bentheim stellt eine Besonderheit dar. Dessen hoher Ausländeranteil ist auf die beträchtliche Zahl niederländischer Staatsbürger zurückzuführen, die auf Grund der preiswerteren Mieten und Grundstückspreise in Deutschland leben, jedoch zum größten Teil in den Niederlanden arbeiten.

Nach 50 Jahren Zuwanderungsgeschichte erlaubt indes das Merkmal „Person mit Migrationshintergrund“ einen zeitgemäßen und differenzierteren Blick auf die migrationsbedingte Vielfalt in der Gesellschaft – und damit über die heterogenen sprachlichen, kulturellen und/oder ethnischen Wurzeln, Traditionen, Verhaltensweisen und Gewohnheiten von Sub-Populationen. Als „Person mit Migrationshintergrund“ definiert das Statistische Bundesamt „die ausländische Bevölkerung – unabhängig davon, ob sie im Inland oder im Ausland geboren wurde – sowie alle Zugewanderten unabhängig von ihrer Nationalität. Daneben zählen zu den Personen mit Migrationshintergrund auch die in Deutschland geborenen eingebürgerten Ausländer sowie eine Reihe von in Deutschland geborenen mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus dem Migrationsstatus der Eltern ableitet. Zu den letzteren gehören die deutschen Kinder (Nachkommen der ersten Generation) von Spätaussiedlern und Eingebürgerten und zwar auch dann, wenn nur ein Elternteil diese Bedingungen erfüllt. Außerdem gehören zu dieser Gruppe seit 2000 auch die (deutschen) Kinder ausländischer Eltern, die die Bedingungen für das Optionsmodell erfüllen, d. h. mit einer deutschen und einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland geboren wurden.“¹

In der Bundesrepublik leben im Durchschnitt 19,2 % Menschen mit Migrationshintergrund. Der Anteil in Niedersachsen ist mit 16,6 % verglichen mit den alten Bundesländern am zweitniedrigsten. In Schleswig-Holstein leben anteilig die wenigsten Menschen mit Migrationshintergrund

¹ www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Begriffserlaeuterungen/PersonenMigrationshintergrund.psml, Stand: 07/2011

(12,6 %), in den Stadtstaaten Hamburg (27,0 %) und Bremen (26,3 %) die meisten (vgl. Abb. 2.4).

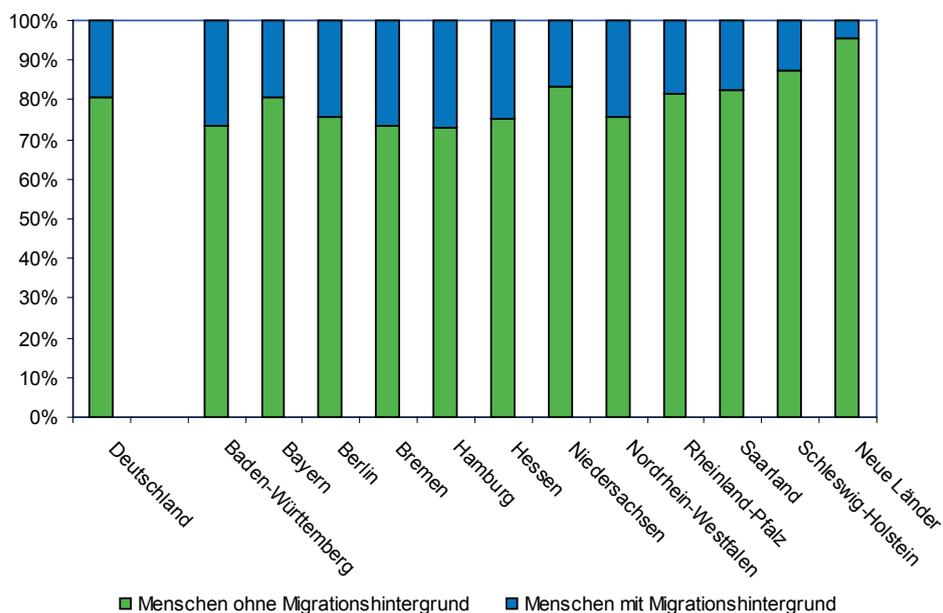


Abb. 2.4 Bevölkerung 2009 nach Migrationshintergrund und Bundesländern;
Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

Insbesondere in den jüngeren Altersgruppen zeigt sich, dass in Niedersachsen der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gemessen an der Gesamtpopulation der jeweiligen Altersgruppe steigt. So beträgt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund bei den bis zu 5-Jährigen bereits über 30,0 %, während er sich in den mittleren Altersgruppen zwischen 20,0 % und 25,0 % bewegt und mit zunehmendem Alter kontinuierlich auf ca. 3,5 % bei den über 80-Jährigen absinkt (vgl. Abb. 2.5).

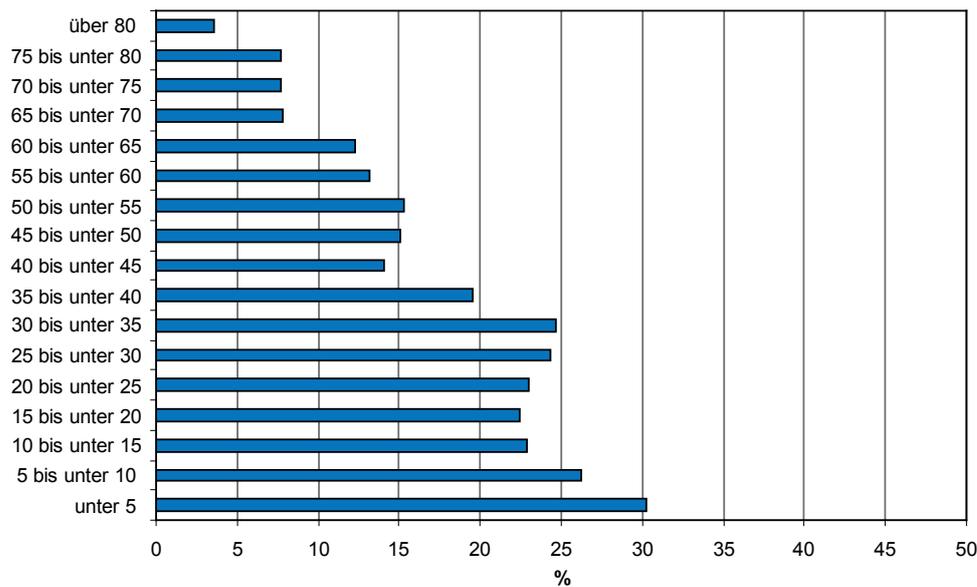


Abb. 2.5 Prozentualer Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der jeweiligen Altersgruppe 2009, Niedersachsen; Quelle: LSKN 2010

Wie auch im gesamten Bundesgebiet zeigt sich außerdem im Zuge des demographischen Wandels eine Verschiebung der Altersverteilung in der niedersächsischen Bevölkerung. Perspektivisch gesehen wird die Bevölkerung bei abnehmender Einwohnerzahl immer älter. Nach den heute 40- bis 50-Jährigen, die die geburtenstarken Jahrgänge repräsentieren, sinkt die Population in den jüngeren Altersgruppen deutlich ab, was auf die absinkende Geburtenrate seit den 70er Jahren zurückzuführen ist (vgl. Abb. 2.6).

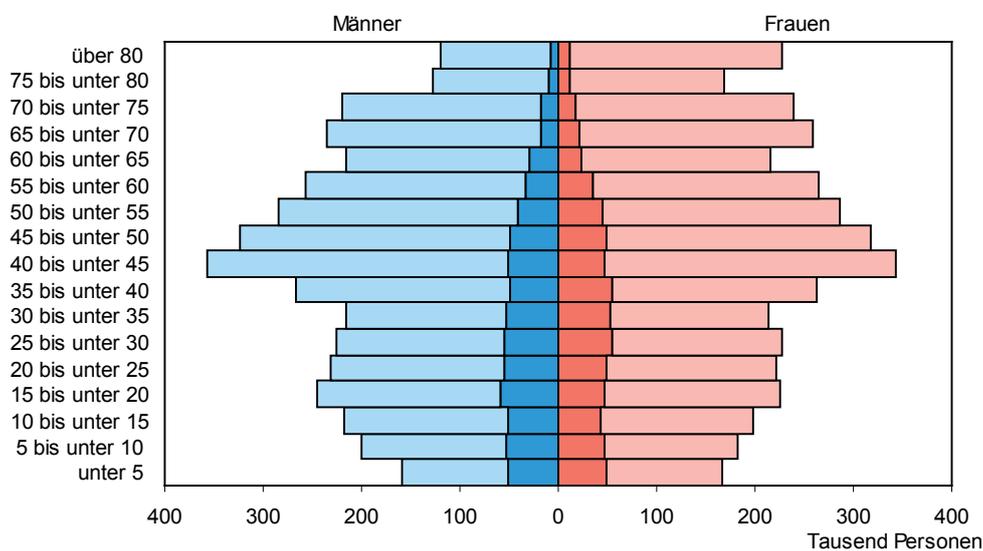


Abb. 2.6 Bevölkerung nach Altersgruppen und Migrationsstatus 2009, Niedersachsen; Quelle LSKN 2010

Die zusammengefasste Geburtenziffer, d. h. die Anzahl der Kinder, die eine Frau zwischen 15 und 45 Jahren statistisch gesehen bekommt, rangiert in Niedersachsen seit Anfang der 80er Jahre kontinuierlich zwischen 1,3 bis 1,5. Im Jahr 2010 lag sie im Landesdurchschnitt bei 1,41 Kindern pro Frau. Dabei gab es erhebliche regionale Unterschiede (vgl. Abb. 2.7): Vergleichsweise hohe Geburtenziffern waren in den Landkreisen Cloppenburg (1,68) und Stade (1,63) zu verzeichnen.

Cloppenburg belegt damit auch bundesweit den ersten Platz. Das Schlusslicht bei der zusammengefassten Geburtenziffer ist in Niedersachsen der Landkreis Göttingen (1,14).

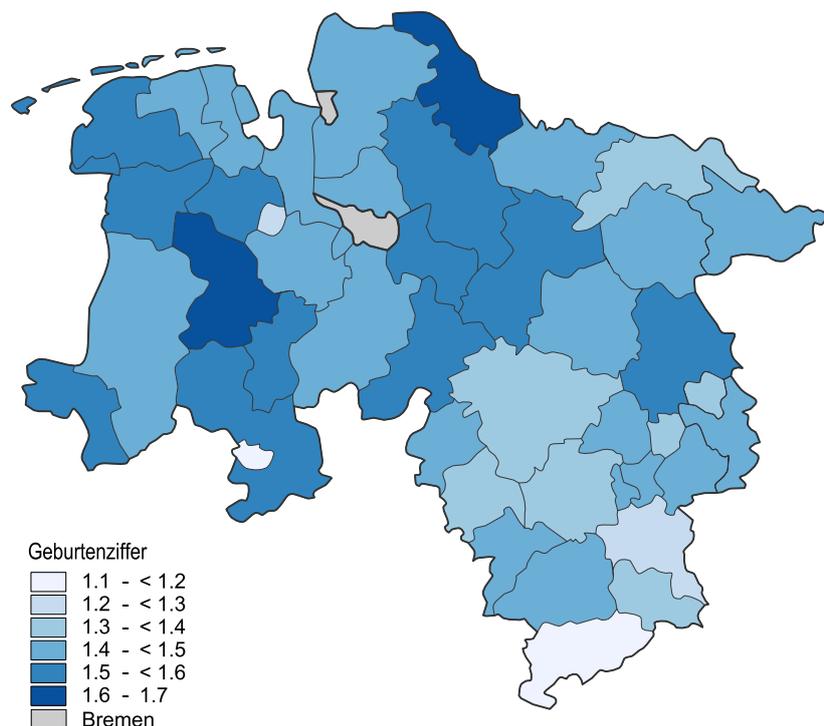


Abb. 2.7 Zusammengefasste Geburtenziffer nach Landkreisen 2010, Niedersachsen; Quelle: LSKN 2011

Die Arbeitslosenquote in Niedersachsen lag 2010 mit 7,5 % (Frauen: 7,4 %; Männer: 7,6 %) leicht unter dem Bundesdurchschnitt (7,7 %). Besonders niedrig waren die Arbeitslosenquoten in den Landkreisen Emsland (4,4 %) und Vechta (4,0 %). Hohe Arbeitslosenraten waren in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg (11,1 %) und Wilhelmshaven (13,2 %) zu verzeichnen (vgl. Abb. 2.8).

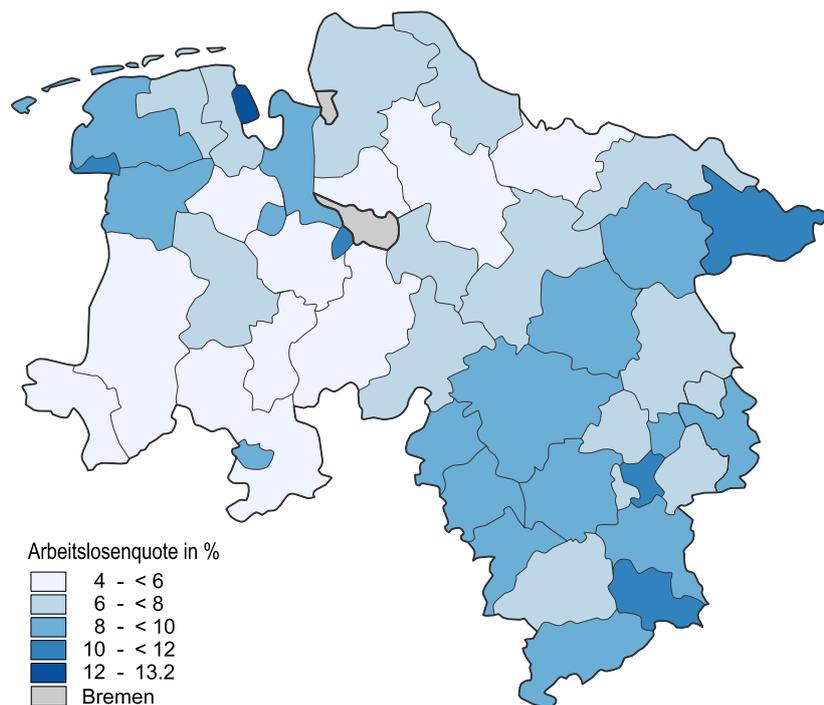


Abb. 2.8 Arbeitslosenquote 2010, Niedersachsen; Quelle: LSKN 2011

3 Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen

In Niedersachsen findet vor Schulbeginn eine Schuleingangsuntersuchung durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes statt. Sie ist für die Kinder und ihre Eltern verpflichtend. Die rechtlichen Grundlagen der Schuleingangsuntersuchungen finden sich in § 5 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD), gültig ab 01.08.2008, sowie in § 56 des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG), gültig ab 01.01.2007.

Die Schuleingangsuntersuchung dient der ärztlichen Überprüfung des Entwicklungs- und Gesundheitszustands aller Kinder vor der Einschulung, der Ermittlung von schulrelevanten Stärken und Schwächen des Kindes, der Feststellung von evtl. Förderbedarf und gleichzeitig der Beratung der Eltern und der Schule. Sie besteht aus einer körperlichen Untersuchung, der Bestimmung von Körpergröße und Gewicht, einem Seh- und Hörtest, außerdem aus Tests zur Ermittlung der Sprachentwicklung, der Grob- und Feinmotorik, der Farben- und Formenkenntnis, des Mengenverständnisses sowie des Zahlen- und Wortfolgegedächtnisses. Zudem werden Informationen zur medizinischen Vorgeschichte, der psychischen Gesundheit und dem Umfeld des Kindes erhoben. Auch das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation und seine Interaktion mit dem/der Untersucher/in sowie den Eltern wird einbezogen. Ferner wird die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen (Impfungen, Früherkennungs-/Vorsorgeuntersuchungen) erfasst und dokumentiert.

In der Schuleingangsuntersuchung geht es aber auch um eine frühzeitige Prävention, indem die Eltern für ihre Kinder – falls erforderlich – eine differenzierte Empfehlung hinsichtlich kompensatorischer Maßnahmen, nachgehender Fürsorge und sonderpädagogischen Förderbedarfs erhalten. Auch Empfehlungen für weitere diagnostische und/oder therapeutische Schritte z. B. bei Entwicklungsverzögerungen werden gegeben.

Die Schulen erhalten aus der Schuleingangsuntersuchung schulrelevante Informationen zu jedem Kind und nutzen diese zur Planung der Klassenzusammensetzung und von besonderen Förderangeboten.

Als einzige einen kompletten Jahrgang umfassende, standardisierte Untersuchung ermöglicht es die Schuleingangsuntersuchung, vollständige und valide epidemiologische Erkenntnisse über den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme präventiver Angebote für die untersuchte Jahrgangskohorte zu gewinnen.

Die Schuleingangsuntersuchung umfasst somit individualmedizinische, sozialkompensatorische, epidemiologische und arbeitsmedizinische Aspekte (Arbeitsplatz Schule). Ziel ist es, jedem Kind gerecht zu werden, ihm/ihr einen guten Start in die Schule zu ermöglichen und ihm/ihr damit möglichst viele Zukunftschancen zu sichern.

Zum Zweck der Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse, der Qualitätssicherung und der Möglichkeit einer landesweiten Auswertung haben sich die Landkreise/kreisfreien Städte auf eine vergleichbare Vorgehensweise bei der Untersuchung und der Dokumentation der wichtigsten Untersuchungsinhalte geeinigt.



© dip - Fotolia.com

In Niedersachsen kommen zwei unterschiedliche Verfahren der Schuleingangsuntersuchung zur Anwendung, das Modell SOPHIA und das Untersuchungsmodell Weser-Ems²:

Das Untersuchungsmodell SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben) wurde 1982 von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Jugendgesundheitspflege des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Hannover, entwickelt und 1993 vom Celler Gesundheitsamt weiter ausdifferenziert.

Derzeit sind es 27 Landkreise und kreisfreie Städte sowie die Region Hannover, die nach diesem



Konzept im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen rund 50.000 Kinder jährlich untersuchen: Stadt Braunschweig, Landkreis Celle, Landkreis Cuxhaven, Landkreis Diepholz, Landkreis Gifhorn, Stadt und Landkreis Göttingen, Landkreis Goslar, Landkreis Hameln-Pyrmont, Region Hannover, Landkreis Harburg, Landkreis Helmstedt, Landkreis Hildesheim, Landkreis Holzminden, Landkreis Lüchow-Dannenberg, Landkreis Lüneburg, Landkreis Nienburg, Landkreis Northeim, Landkreis Osterode a. H., Landkreis Peine, Landkreis Rotenburg/Wümme, Stadt Salzgitter, Landkreis Schaumburg, Landkreis Soltau-Fallingb. ³, Landkreis Stade, Landkreis Uelzen, Landkreis Verden, Landkreis Wolfenbüttel, Stadt Wolfsburg.

Das Untersuchungsmodell Weser-Ems wurde in Anlehnung an das sogenannte Bielefelder Modell im ehemaligen niedersächsischen Regierungsbezirk Weser-Ems entwickelt. Ziel des 1993 eingeführten „Pilotprojekts Weser-Ems, Standardisierte jugendärztliche Einschulungsuntersuchungen“ war die Vereinheitlichung der Untersuchungsinhalte und der Befunddokumentation, um so eine Basis für die Auswertung valider und überregional vergleichbarer Daten zu schaffen. Zusätzlich sollte aufgrund der hohen Tierstaldichte in Weser-Ems sowie einer regional und bundesweit beobachteten steigenden Häufigkeit von Erkrankungen des allergischen Formenkreises eine Prävalenzerhebung dieser sog. atopischen Erkrankungen bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern erfolgen.

Unter der Federführung der Bezirksregierung Weser-Ems wurden in Kooperation mit den Jugendärztinnen und -ärzten der Gesundheitsämter Arbeitsrichtlinien erstellt, die Vorgaben zur Befunderhebung machen, aber auch eine einheitliche Befunddokumentation sowie die Befundgrenzen vorgeben.

² Lediglich der Landkreis Osterholz hat ein eigenes Verfahren zur Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen entwickelt.

³ Der Landkreis Soltau-Fallingb. wurde am 01.08.2011 in Landkreis Heidekreis umbenannt. Da sich dieser Bericht auf das Jahr 2010 bezieht, wird noch die alte Landkreisbezeichnung verwendet.

Nach dem Weser-Ems-Modell untersuchen die Gesundheitsämter folgender Landkreise bzw. kreisfreien Städte: Landkreis Ammerland, Landkreis Aurich, Grafschaft Bentheim, Landkreis Cloppenburg, Stadt Delmenhorst, Stadt Emden, Landkreis Emsland, Landkreis Friesland, Landkreis Leer, Stadt Oldenburg, Landkreis Oldenburg, Stadt Osnabrück, Landkreis Osnabrück, Landkreis Vechta, Landkreis Wesermarsch, Stadt Wilhelmshaven, Landkreis Wittmund.

Um eine bessere Vergleichbarkeit der beiden niedersächsischen Untersuchungsmodelle zu erzielen sowie eine landesweite Gesundheitsberichterstattung auf Basis der erhobenen Daten vorzubereiten, wurde im Jahr 2006 unter der Moderation des NLGA die

Arbeitsgruppe Schuleingangsuntersuchungen (AG SEU) gebildet. AG SEU setzt sich zusammen aus Vertretern der Weser-Ems- und SOPHIA-Anwendergemeinschaften, des Fachausschusses Kinder- und Jugendgesundheit des niedersächsischen Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens. Die dort entwickelten Empfehlungen wurden jeweils in den Anwendergemeinschaften vorgestellt und in die Systeme übernommen.

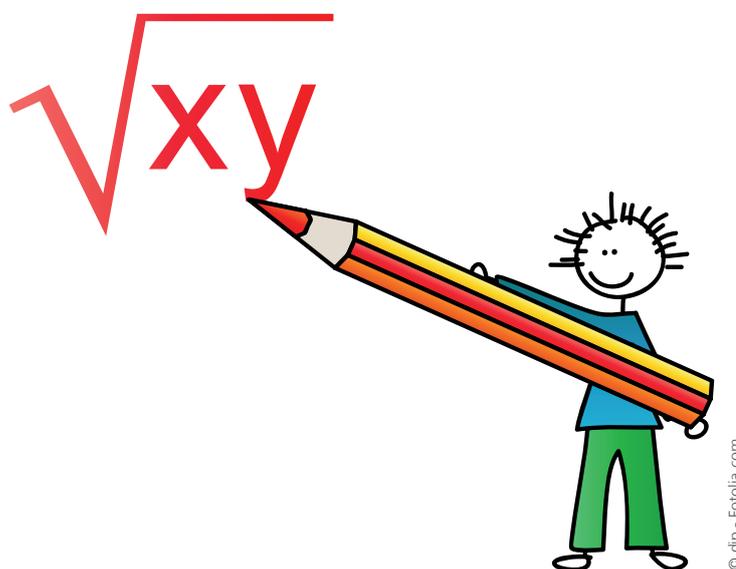
Als Resultat dieser freiwilligen Kooperation konnten die Arbeitsrichtlinien und Untersuchungsverfahren der beiden Anwendergemeinschaften soweit in Übereinstimmung gebracht werden, dass die meisten Untersuchungsinhalte vergleichbar erhoben werden und damit ab dem Untersuchungsjahrgang 2009/2010 flächendeckend für ganz Niedersachsen auswertbar sind.

Auf diese Untersuchungsinhalte bezieht sich der vorliegende Bericht.



© dip - Fotolia.com

4 Methodik



Wie im vorigen Kapitel dargestellt, führen die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Region Hannover die Schuleingangsuntersuchung im eigenen Wirkungskreis durch. Es gibt zwei Anwendergemeinschaften, SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben) und Weser-Ems, denen sich fast alle niedersächsischen Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover angeschlossen haben. Trotz der in der jeweiligen Anwendergemeinschaft angewendeten Arbeitsrichtlinien gibt es zum Teil Unterschiede in der Art und dem Umfang der durchgeführten Untersuchungen, was sich auf die Quantität und Qualität der Daten auswirkt. Auch die Tatsache, dass pro Landkreis in der Regel mehrere Untersucherinnen/Untersuchern und Assistent/innen/en die Schuleingangsuntersuchung durchführen und die Daten erheben, kann zu einer deutlichen Varianz der Daten führen.

Für die landesweite Auswertung der Daten stellen die Kommunen dem NLGA ihr Datenmaterial freiwillig zur Verfügung. Das NLGA führt die verschiedenen Datensätze in einer Datenbank zusammen, bereinigt und vereinheitlicht die Daten, prüft sie auf ihre Plausibilität und wertet sie anschließend aus.

Bereinigung der Daten

Die Daten der einzelnen Kommunen wurden als erstes um die Daten bereinigt, die nicht in den betreffenden Untersuchungsjahrgang gehören. Das bedeutet, dass alle Datensätze entfernt wurden, die nicht zwischen August des Vorjahres und dem Tag des Schulbeginns erhoben wurden. In einem zweiten Schritt wurden für die einzelnen Items Fehlkodierungen ermittelt und auf „keine Angabe“ gesetzt.

Prüfung auf Plausibilität

Nach der Bereinigung wurden die Daten aller Landkreise, kreisfreien Städte und der Region Hannover auf ihre Plausibilität hin überprüft. Dazu wurden für die verschiedenen Items die Häufigkeiten der zur Dokumentation verwendeten Kodierungen ermittelt und zwischen den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover verglichen. Wenn eine Kommune in einem oder mehreren Items stark vom Durchschnitt ab, wurde Kontakt zu den jeweils zuständigen Personen aufgenommen. Stellte sich dabei heraus, dass die Datenabweichung erklärbar und plausibel er-

schien, wurden die Daten in der vorliegenden Form beibehalten und im Text erläutert. Waren die Abweichungen z. B. durch technische Probleme bei der Datenerfassung zu erklären, wurden die entsprechenden Items nicht in die Auswertung aufgenommen und auf keine Angabe gesetzt. Der Grund für das Auslassen einzelner Items oder Datensätze wird im Bericht nicht speziell ausgewiesen.

Der gesamte Datensatz aus dem Landkreis Osterholz wurde wegen eines nicht vergleichbaren Konzepts der Datenerhebung aus der Auswertung herausgenommen.

Anpassung der Daten

Die Datensätze der beiden Anwendergemeinschaften unterscheiden sich bedingt durch die jeweiligen Arbeitsrichtlinien in ihrer Struktur und wurden in einem ersten Schritt durch Datenvereinheitlichung zusammengefügt. Dies erfolgte entweder durch einfache Umbenennung der Items bzw. der Codierung oder durch Erzeugung eines neuen Items mittels Datenverknüpfung. So wurde z. B. die unterschiedliche Erfassung des Migrationshintergrunds in den beiden Anwendergemeinschaften angeglichen, indem die Herkunftsregion aus den gegebenen Items neu bestimmt wurde.

Um eine gemeinsame Auswertung zu ermöglichen, wurden die Ergebnisse der Einzeluntersuchungen für beide Anwendergemeinschaften wie folgt dokumentiert bzw. umkodiert:

- K = keine Untersuchung/keine Angabe: Untersuchung nicht durchgeführt, Untersuchung vom Kind verweigert oder nicht möglich, keine Untersuchungsergebnisse dokumentiert,
- O = ohne auffälligen Befund: Untersuchung durchgeführt, unauffälliger Befund
- M = Befund ohne Abklärungsempfehlung: Untersuchung durchgeführt, geringer Befund festgestellt, keine über das Beratungsgespräch durch den Schularzt oder die Schularztin hinausgehende Maßnahme erforderlich
- A = Abklärungsempfehlung: Befund bedarf einer weiteren Abklärung, dokumentierte Empfehlung zum Aufsuchen einer/eines entsprechenden niedergelassenen Fachärztin/-arztes, Fachberater/-in oder Gremienvorstellung
- B = bereits in Behandlung: bezüglich des untersuchten Items bereits in ärztlicher Behandlung, Betreuung oder Therapie

Auswertung der Daten

Die Datenzusammenführung wurde mit dem Programm EpiData (3.1), die Auswertung mit den Programmen EpiData Analysis (V2.1.0.153) und EpiInfo (Version 6.04) vorgenommen.

In die Gesamtdatei zur Auswertung wurden nur die Daten der Kinder aufgenommen, die das erste Mal bei einer Schuleingangsuntersuchung vorgestellt wurden.⁴ Dadurch wird vermieden, dass, durch eine jährliche Auswertung der Schuleingangsuntersuchungsdaten, Kinder doppelt in die Auswertungen eingehen.

Da nicht alle Landkreise/kreisfreien Städte Daten zu allen Items geliefert haben – teils weil sie nicht erfasst wurden, teils weil einzelne Daten nicht plausibel waren (siehe Prüfung auf Plausibilität) – variiert die Gesamtzahl (n) bei den einzelnen vorgestellten Untersuchungsergebnissen.

⁴ Kinder durchlaufen mehr als eine Schuleingangsuntersuchung, wenn sie wegen mangelnder Schulreife vom Schulbesuch zurückgestellt werden oder wenn sie als „Kannkinder“ von Ihren Eltern vorgestellt wurden, von einer Einschulung dann jedoch abgesehen wird. Die tatsächliche Anzahl an durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen liegt bis zu 7 % über der der ausgewerteten Datensätze.

Die Auswertung erfolgte in drei Schritten:

1. Für ausgewählte Items wurden die Häufigkeiten der einzelnen Kodierungen in Absolutzahlen und Prozentwerten errechnet, wobei die „Missings“ (keine Angaben) ausgewiesen wurden. Zu den „Missings“ wurden auch nicht durchgeführte Untersuchungen gezählt.
2. Für den Vergleich der einzelnen Landkreise/kreisfreien Städte und der Region Hannover wurde jeweils der Anteil der Kinder mit auffälligem Befund, der eine ärztliche Abklärung erforderlich macht, und der der Kinder, die bereits in Behandlung/Therapie sind, ausgewiesen.
3. Für Gesamtniedersachsen wurden verschiedene soziale Indikatoren ins Verhältnis zu ausgewählten Untersuchungsergebnissen gesetzt

Erläuterungen zu den soziodemographischen Angaben

Definition von Migrationshintergrund

In den beiden Anwendergemeinschaften werden Daten erfasst, die Rückschlüsse auf einen Migrationshintergrund des Kindes liefern können. Um eine einheitliche Auswertung für gesamt Niedersachsen vornehmen zu können, wurde eine eigene vorläufige Definition des Migrationshintergrunds erarbeitet. Demnach liegt ein Migrationshintergrund vor, wenn die „Herkunft der Familie“ (SOPHIA) nicht Deutschland ist oder die „Nationalität“ von Kind, Vater oder Mutter (Weser-Ems) oder die „Herkunft“ des Kindes (Weser-Ems) nicht deutsch ist.

Es muss kritisch angemerkt werden, dass aus den uns vorliegenden Daten des Weser-Ems-Anwenderkreises gelegentlich nicht die Nationalität der Personen hervorgeht, sondern mitunter das Geburtsland des Vaters oder der Mutter eingetragen wurde. Des Weiteren wird bei Unklarheiten bezüglich der Herkunft der Familie im Sophia-Anwenderkreis, die Ethnizität der Mutter verwendet. Für den Fall, wenn beide Eltern unterschiedlicher, nicht deutscher Herkunft sind, wurde dem Kind die ethnische Zugehörigkeit der Mutter zugeordnet, da hier eine stärkere Prägung des Kindes zu vermuten ist.

Um die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund genauer beschreiben zu können, wurde die Nationalität/das Herkunftsland definierten Herkunftsregionen zugeordnet, die sich weitestgehend an den bestehenden Regionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientieren. Abweichend von den WHO-Regionen haben wir die Regionen Südost-Asien sowie Westliche Pazifikregion zu Asien-Australien-Ozeanien vereint, Europa in West- und Osteuropa unterteilt sowie Nord- und Südamerika zusammengefasst. Um die Kinder ohne Migrationshintergrund und die bekanntlich große Gruppe der türkischstämmigen Personen besser darstellen zu können, wurden zudem Deutschland und die Türkei gesondert ausgewiesen.

Der Migrationshintergrund kann somit anhand der Regionen Deutschland, Türkei, Westeuropa, Osteuropa, Asien-Australien-Ozeanien, Naher Osten, Afrika sowie Nord- und Südamerika dargestellt werden. Eine differenzierte Zuordnung der Länder zu den entsprechenden Regionen ist der Karte im Anhang zu entnehmen (vergl. Seite 156).

Familiäre Situation

Die Daten der Schuleingangsuntersuchung beinhalten Informationen darüber, in welcher Familienkonstellation die Kinder aufwachsen. Diese Informationen können im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung für das Elterngespräch wichtig sein, bereiten aber für die Auswertung wegen der Inhomogenität der Gruppen, der teils geringen Fallzahlen und der sich häufig ändernden Biographien größere Probleme. Daher wurde auf die Einbeziehung dieser Daten verzichtet.

Definition des Ausbildungsgrads der Eltern

Um Aussagen über den Ausbildungsgrad der Eltern machen zu können, wurde der jeweils höchste berufliche Abschluss beider Elternteile zusammengefasst. Durch ein Punkteverfahren wurde der jeweils erreichte Berufsabschluss von Mutter und Vater bewertet und addiert. Wenn ein Elternteil alleinerziehend war oder für den anderen Partner in der Beziehung kein Berufsabschluss angegeben wurde, erfolgte eine Verdopplung der Punktzahl der Bewertung des einen Elternteils.

Berufsabschluss Mutter	Punkte	Berufsabschluss Vater	Punkte
keine Ausbildung	0	keine Ausbildung	0
Lehre Ausbildung	1	Lehre Ausbildung	1
Fachschule	1	Fachschule	1
Sonstige	1	Sonstige	1
Hochschule	2	Hochschule	2

Das Ergebnis war eine Differenzierung des Ausbildungsgrads der Eltern in die Rubriken „bildungsfern“, „mittlere Bildung“ und „bildungsnah“.

Auswertung des Ausbildungsgrads der Eltern:	
0 – 1 Punkt: 2 Punkte: 3 – 4 Punkte:	bildungsfern mittlere Bildung bildungsnah

Im vorliegenden Bericht wurden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur Graphiken und erläuternde Texte verwendet. Eine tabellarische Dokumentation der Ergebnisse befindet sich im Anhang.⁵

⁵ Die Tabellen und Graphiken wurden mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Excel erstellt. Da mit Blick auf eine bessere Lesbarkeit auf eine Dezimalstelle nach dem Komma gerundet wurde, kann es gelegentlich vorkommen, dass 100 % nicht immer exakt erreicht werden.

5 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung



5.1 Beschreibung der Untersuchungskohorte

Für den Einschulungstermin 2010 wurden in Niedersachsen 71.388 Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erstmalig untersucht.

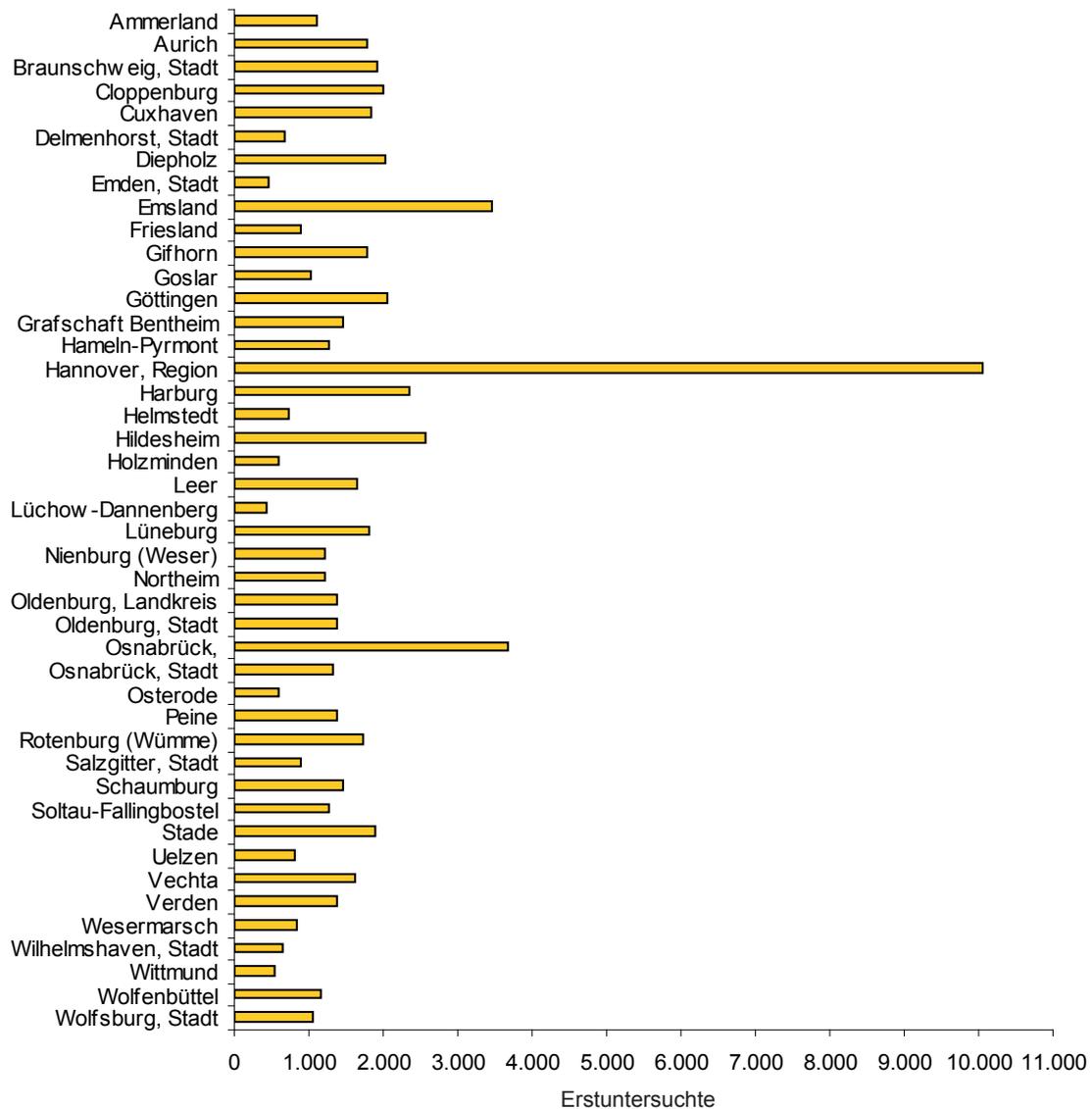


Abb. 5.1.1 Anzahl Untersuchungen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Die Anzahl der untersuchten Kinder in den verschiedenen Landkreisen/kreisfreien Städten variiert erwartungsgemäß nach der jeweiligen Einwohnerzahl und der demographischen Struktur der Bevölkerung (vgl. Abb. 5.1.1). Während in der Region Hannover insgesamt 10.059 Kinder zum ersten Mal untersucht worden sind, waren es im Landkreis Lüchow-Dannenberg lediglich 422 Kinder.

Die tatsächliche Zahl der untersuchten Kinder liegt, durch die zum zweiten Mal vorgestellten Kinder, je nach Landkreis/kreisfreien Stadt zwischen 3 und 7% höher. Der Zeitaufwand der Untersuchung ist für diese Kinder häufig höher.

Geschlecht

Von den untersuchten Kindern waren 36.856 männlich und 34.508 weiblich, das Geschlechterverhältnis lag bei 51,6 % Jungen zu 48,4 % Mädchen. Für 24 Kinder wurde keine Angabe zum Geschlecht gemacht.

Migrationshintergrund

Entsprechend der Definition des Migrationshintergrunds wie sie im Methodenteil dargelegt ist (vgl. Kapitel 4), wurde bezogen auf die gesamte Untersuchungskohorte für 71,9 % der Kinder kein Migrationshintergrund und für 20,3 % der Kinder ein Migrationshintergrund angegeben. Bei 7,9 % der Kinder konnte anhand der vorliegenden Daten keine Aussage zu einem etwaigen Migrationshintergrund gemacht werden.

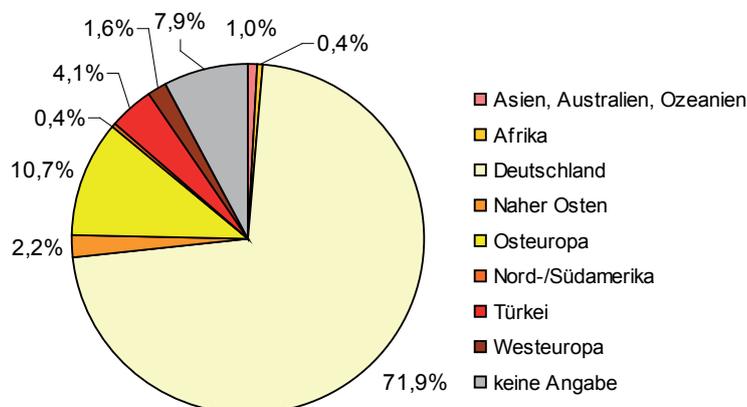


Abb. 5.1.2 Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Die größte Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund bildeten die Kinder mit osteuropäischem Hintergrund, gefolgt von der Gruppe der Kinder aus Familien türkischer Herkunft. Die drittgrößte Gruppe stellten die Kinder, deren Migrationshintergrund im Nahen Osten liegt. Die kleineren Gruppen waren, in absteigender Reihenfolge, Kinder mit westeuropäischen, asiatisch-australisch-ozeanischen, nord-/südamerikanischen und afrikanischen Wurzeln (vgl. Abb. 5.1.2).

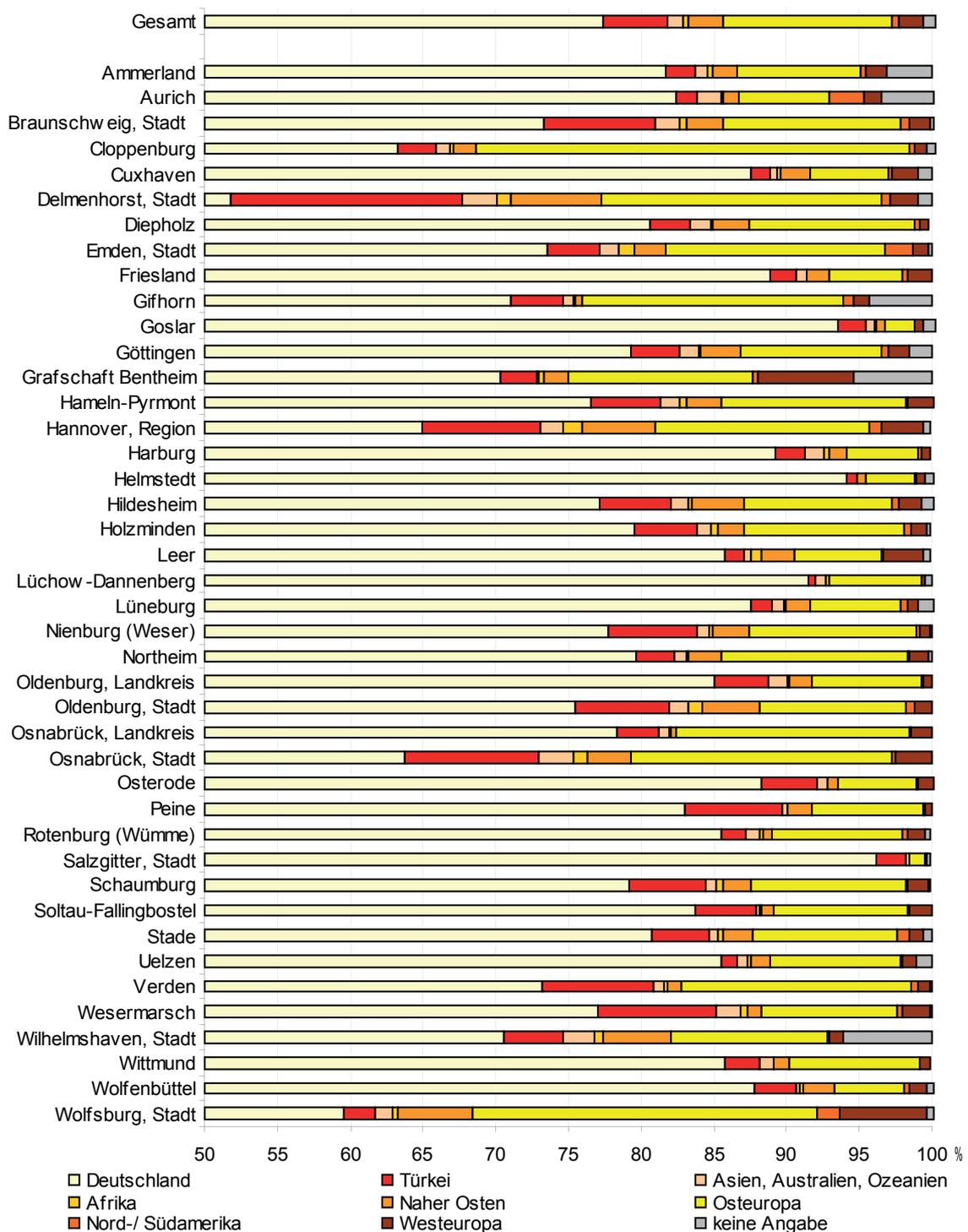


Abb. 5.1.3 Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769

Zwischen den einzelnen Landkreisen/kreisfreien Städten zeigen die Daten einen variierenden Anteil an Kindern mit und ohne Migrationshintergrund; auch die Anteile der verschiedenen Herkunftsländer unterscheiden sich zum Teil erheblich (vgl. Abb. 5.1.3). Diese Beobachtung korreliert mit der Art und Anzahl ansässiger Industrien in den einzelnen Kommunen, die als Arbeitgeber zur Verfügung stehen. Nicht selten dominiert eine ethnische Herkunft in einem speziellen Industriezweig einer Kommune. Die Grafschaft Bentheim bildet einen Sonderfall bezüglich der Kinder mit Migrationshintergrund. Der hier verhältnismäßig hohe Anteil von Kindern westeuropäischer Her-

kunft ist der räumlichen Nähe zu den Niederlanden geschuldet. Viele Niederländer leben wegen des günstigeren Wohnraums bzw. Baulands in Deutschland, arbeiten jedoch in den Niederlanden. Kinder dieser oft jungen Familien werden durch die Schuleingangsuntersuchung erfasst, auch wenn sie zum Teil nicht in Deutschland eingeschult werden.

Familiäre Situation

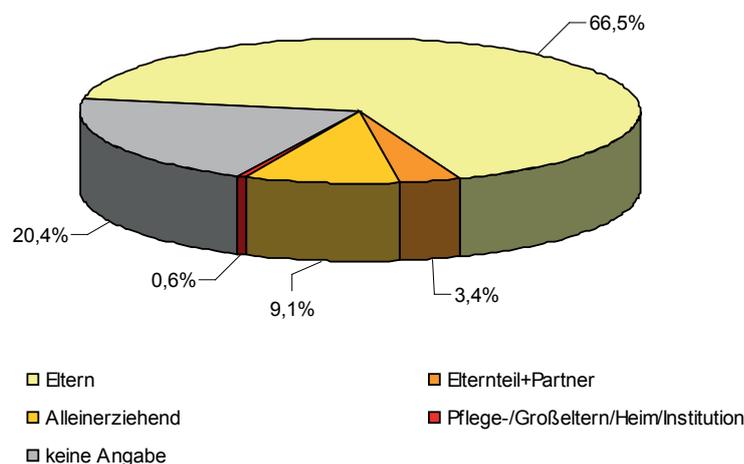


Abb. 5.1.4 Familiäre Situation, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Für 56.809 (79,6 %) der bei der Schuleingangsuntersuchung 2010 untersuchten Kinder wurde eine Angabe zur familiären Situation gemacht. Überwiegend lebten die Kinder in Familien mit beiden Eltern, fast ein Zehntel der Kinder wuchs in einem Alleinerziehendenhaushalt auf. Der Anteil der Kinder, die mit einem Elternteil und dessen neuem/neuer Partner/in zusammenlebten, betrug 3,4 %. Unter einem Prozent lag der Anteil der Kinder, die in Pflegeheimen, Heimen oder bei den Großeltern lebten (vgl. Abb. 5.1.4).

Berufstätigkeit der Eltern

Die Berufstätigkeit der Eltern gibt Hinweise darauf, wie bzw. von wem das Kind außerhalb der Unterrichtszeiten betreut und versorgt wird. Wenn beispielsweise beide Eltern Vollzeit berufstätig sind und keine andersartige adäquate Betreuung nach der Schule zur Verfügung steht, hat das Kind möglicherweise weniger Hilfestellung bei schulischen Problemen. In einem solchen Fall könnte bei leichten Auffälligkeiten bei der Schuleingangsuntersuchung eher eine ausgleichende Maßnahme empfohlen werden als bei Kindern, bei denen die Eltern oder andere Personen unterstützend tätig werden können.

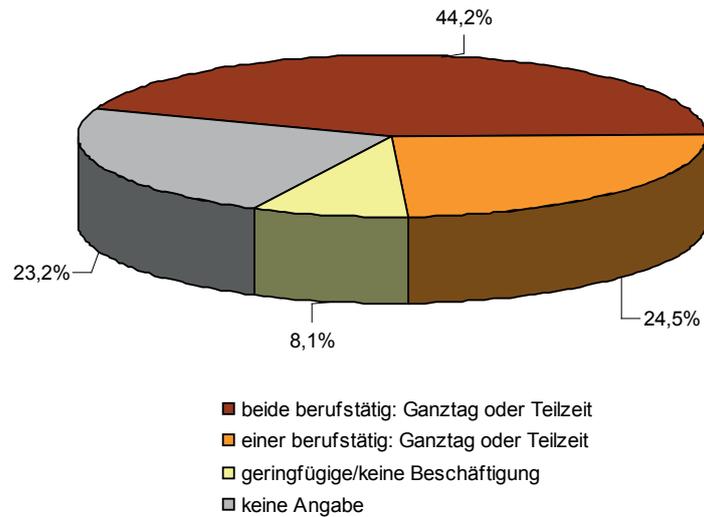


Abb. 5.1.5 Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Etwas mehr als drei Viertel der Eltern (76,8 %) der zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kinder beantworteten die Fragen zur Berufstätigkeit. Die Mehrheit machten die Eltern aus, die beide berufstätig waren (44,2%). Bei einem knappen Viertel (24,5%) der Familien war ein Elternteil berufstätig (Voll- oder Teilzeit). 8,1 % der Eltern gaben an, geringfügig beschäftigt zu sein oder keiner Beschäftigung nachzugehen (vgl. Abb. 5.1.5).

Besuch Kindergarten

Für Kinder ist der Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung ein wichtiger Ort, um unter anderem soziale Fähigkeiten zu erlernen, Sprachkenntnisse zu festigen und hilfreiche Fertigkeiten für den Schulstart vermittelt zu bekommen.

In Niedersachsen liegen für 94,8 % der Kinder Angaben zum Kindergartenbesuch vor. Davon gaben 93,3 % der Eltern an, ihr Kind habe einen Kindergarten besucht. 1,5 % erklärten, ihr Kind habe keinen Kindergarten besucht. Somit hat die weit überwiegende Mehrheit der untersuchten Kinder einen Kindergarten besucht. Für die 5,2 % der Kinder, für die keine Angabe zum Kindergartenbesuch vorliegt, kann vermutet werden, dass hier der Anteil der Kinder, die keinen Kindergarten haben, höher ist als in der Gesamtkohorte.

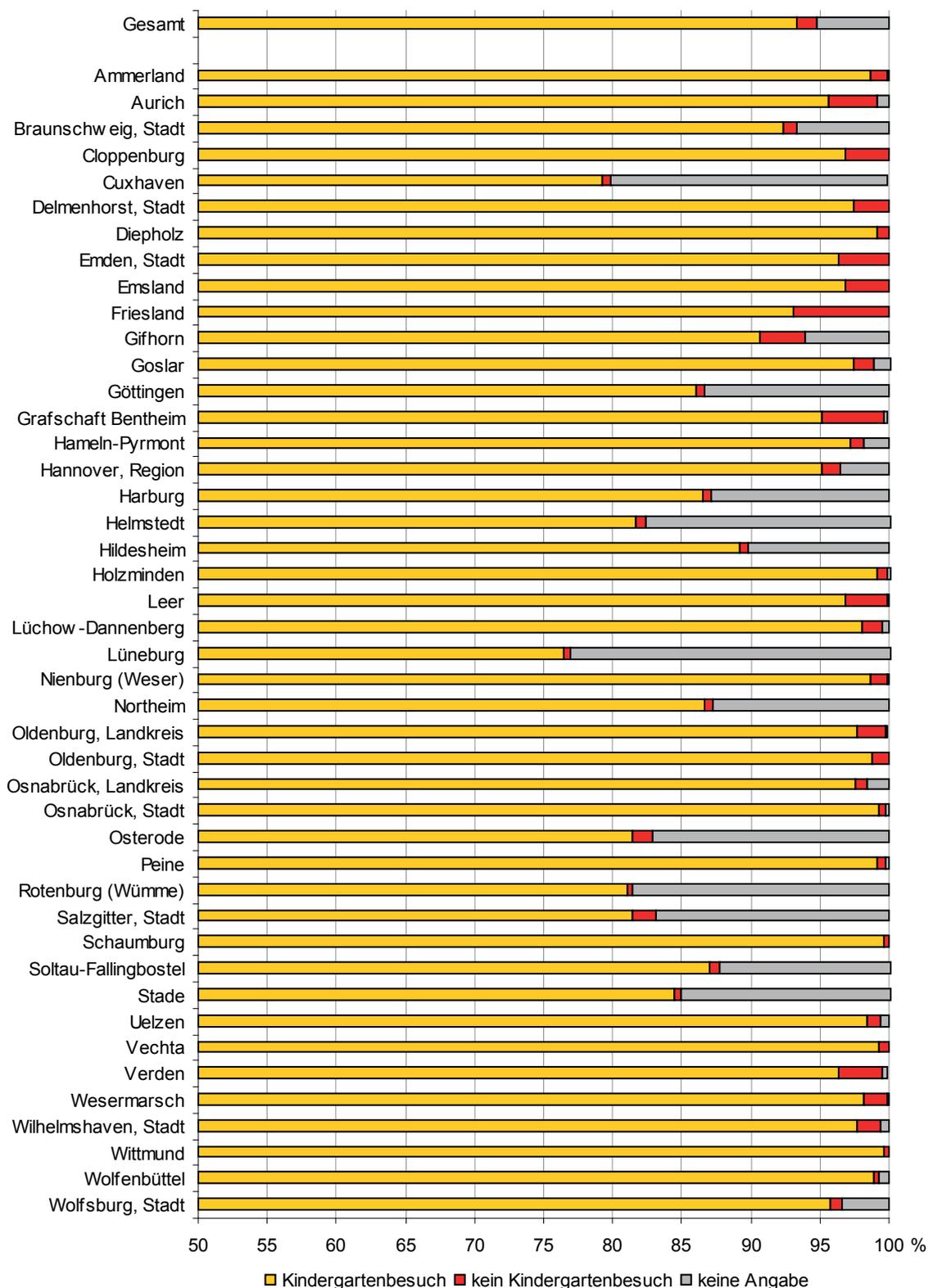


Abb. 5.1.6 Kindergartenbesuch / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Auf kommunaler Ebene unterscheiden sich die Daten sowohl hinsichtlich der Vollständigkeit der Angaben (76,9 % bis 100,0 %) als auch bezüglich des prozentualen Anteils an Kindern, die einen Kindergarten besucht haben (vgl. Abb. 5.1.6). Wenn man die fehlenden Angaben nicht berücksichtigt, lag der Anteil Kinder mit Kindergartenbesuch zwischen 93,1 % und 99,7 %. Insgesamt ist der Anteil Kinder, die einen Kindergarten besucht haben, in den Städten größer als in den

ländlich geprägten Regionen. Dies kann an einem unterschiedlichen Lebensstil, aber auch an der besseren Erreichbarkeit von Kindergärten und ähnlichen Einrichtungen sowie der Verfügbarkeit von Plätzen liegen.

Geschwister

Die Tatsache, ob und wie viele Geschwister ein Kind hat, und an welcher Position in der Geschwisterfolge sich das Kind befindet, wirkt sich auf die Entwicklung eines Kindes aus. Jüngere Kinder profitieren nicht selten in ihrer Entwicklung von älteren Geschwistern. Die Anzahl der Geschwister kann auch einen ersten Hinweis darauf liefern, ob es für das Kind möglicherweise schwierig werden könnte, sich zu Hause in einem ruhigen Umfeld mit schulischen Themen zu befassen.

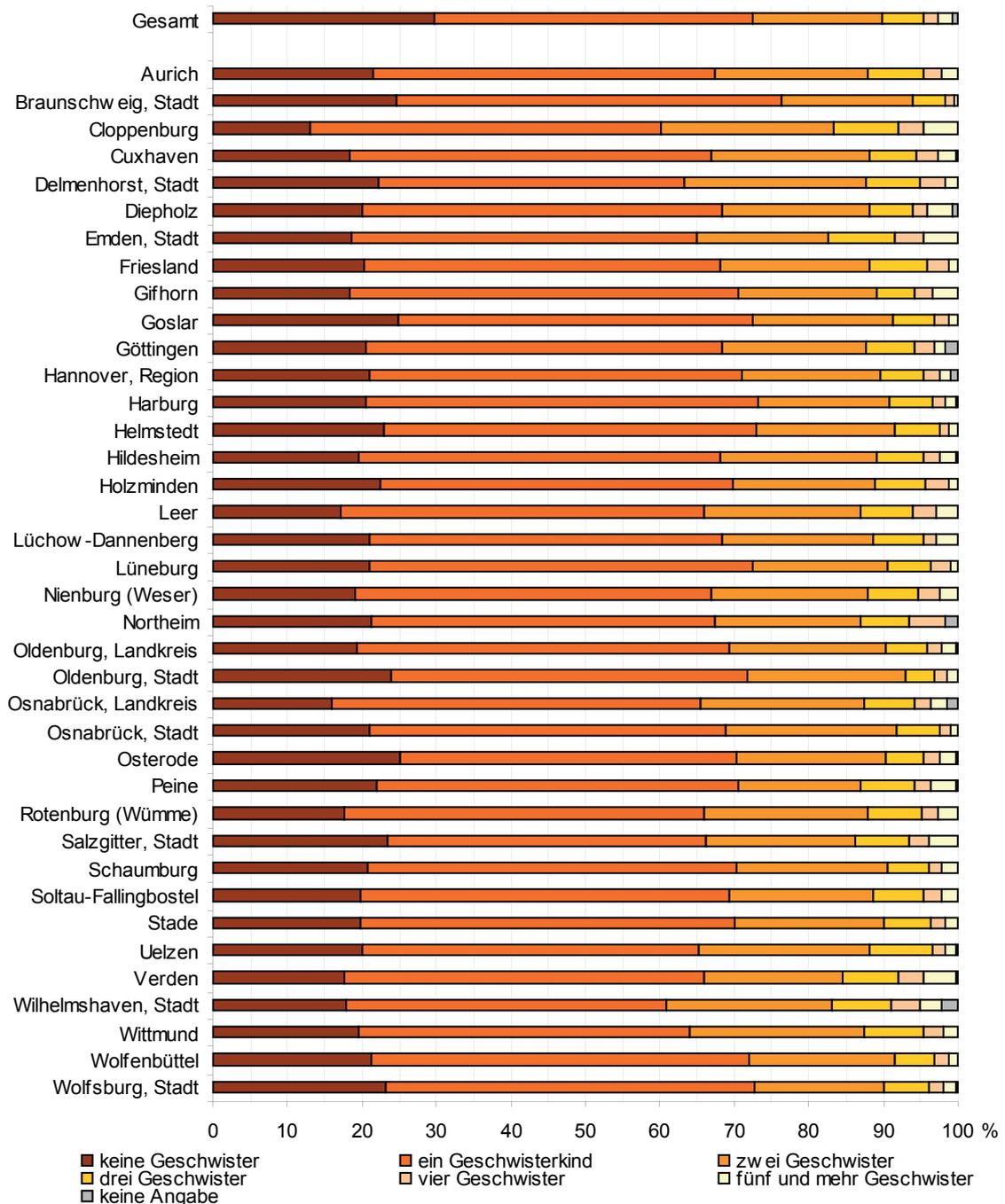


Abb. 5.1.7 Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 61.655

Für insgesamt 29,6 % der Gesamtkohorte wurde angegeben, dass sie Einzelkinder sind. Fast die Hälfte (42,9 %) hatte eine Schwester oder einen Bruder, etwas mehr als ein Sechstel (17,4 %) hatten zwei Geschwister. Zu einem Haushalt mit vier Geschwistern gehörten 2,0 % der Kinder und 1,8 % der Kinder lebten in einem Haushalt mit fünf oder mehr Geschwistern. Für 0,7 % der Kinder wurde keine Angabe zur Familiengröße gemacht.

Zwischen den einzelnen Landkreisen/kreisfreien Städten gab es teilweise große Unterschiede, was die Anzahl der Geschwisterkinder der Schulanfänger/innen anbelangt (vgl. Abb. 5.1.7).

5.2 Vorsorgeuntersuchungen: Vorlage U-Untersuchungsheft

Die von den Krankenkassen finanzierten Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) bei Säuglingen und Kindern sowie Jugendlichen (J1) dienen der Früherkennung und Vorbeugung von Erkrankungen sowie von physischen, psychischen und sozialen Entwicklungsverzögerungen.

Im Oktober 2009 wurde in Niedersachsen das „Gesetz zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von Kindern in Niedersachsen“ (NFrüherkUG) verabschiedet und damit ein verbindliches Einladungs- und Meldewesen für die U-Untersuchungen eingeführt. Seit dem 01.04.2010 werden die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter aller in Niedersachsen lebenden Kinder vom Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) zur U5 bis U8 schriftlich eingeladen. Neben dem Einladungsschreiben erhalten die Eltern eine Rückmeldungskarte, auf der die Durchführung der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung durch den Pädiater/die Pädiaterin bzw. Allgemeinmediziner/-medizinerin zu bestätigen ist (§ 3 NFrüherkUG). Die Rückmeldungskarte wird dann von der Arztpraxis an das LS zurückgesendet. Geht keine Rückmeldung beim LS ein, werden die Eltern daran erinnert, die Untersuchung nachzuholen.⁶

Die Ergebnisse der U-Untersuchungen werden von dem untersuchenden Arzt bzw. der untersuchenden Ärztin in dem sogenannten Vorsorgeheft (U-Heft) dokumentiert, das den Eltern seit der ersten Untersuchung nach Geburt des Kindes vorliegt und zu der Schuleingangsuntersuchung mitgebracht werden soll. Besonderes Augenmerk liegt auf der U9, da sie in der Regel im Jahr vor der Einschulung erfolgt und Fähigkeiten überprüft, die auch bei der Schuleingangsuntersuchung relevant sind.

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird dokumentiert, ob die Kinder das Vorsorgeheft zur Untersuchung vorgelegt haben. Durch Einsichtnahme in die Vorsorgehefte wird zudem überprüft, welche Untersuchungen der U1 bis U9 wahrgenommen wurden.

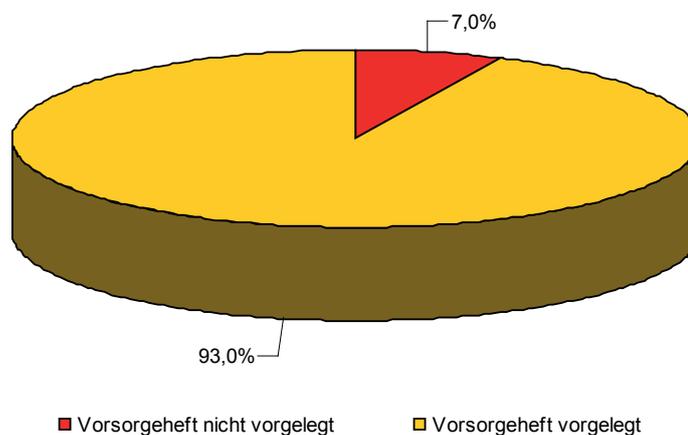


Abb. 5.2.1 Vorlage Vorsorgeheft, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Bei der SEU 2010 wurde für 93,0 % der untersuchten Kinder in Niedersachsen das Vorsorgeheft zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt, für 7,0 % der Kinder nicht (vgl. Abb. 5.2.1).

Das Fehlen des Vorsorgeheftes kann nicht mit dem Fehlen der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 gleichgesetzt werden. Es ist allerdings zu vermuten, dass der Anteil nicht durchgeführter Untersuchungen bei den Kindern höher ist, deren Vorsorgeheft nicht vorgelegt wurde.

⁶ Wenn trotz Einladung und Erinnerung keine ärztliche Bestätigung über eine durchgeführte Untersuchung eingeht, informiert das LS die örtlich zuständige Kinder- und Jugendhilfe. Die Kommune prüft dann im Einzelfall, ob sie sich im Sinne des Kindeswohls einschaltet.

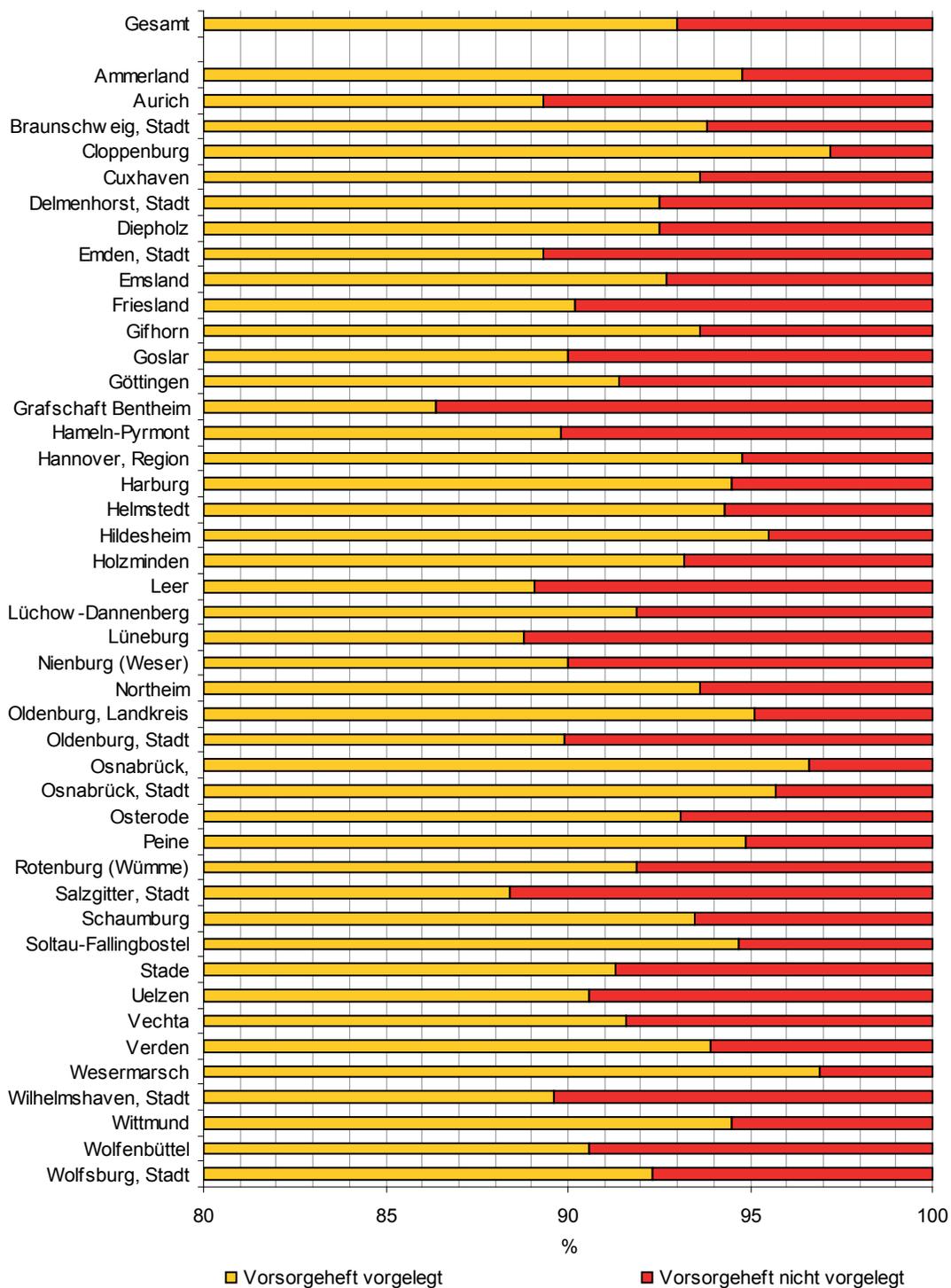


Abb. 5.2.2 Vorlage Vorsorgeheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Zwischen den einzelnen Landkreisen gab es deutliche Unterschiede bei dem Anteil der zur Untersuchung vorgelegten Vorsorgehefte (vgl. Abb. 5.2.2). Laut der übermittelten Daten wurde das Vorsorgeheft für 86,4 % bis 97,2 % der untersuchten Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt.

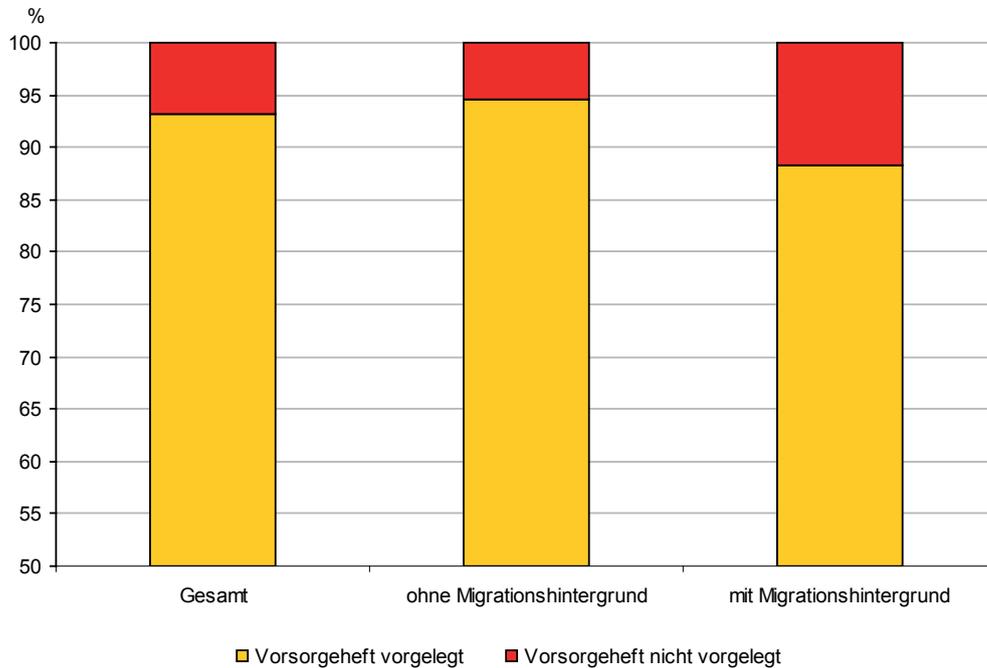


Abb. 5.2.3 Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769

94,6 % der 51.294 Kinder ohne Migrationshintergrund erschienen zur Schuleingangsuntersuchung mit Vorsorgeuntersuchungsheft. Für Kinder mit Migrationshintergrund wurde das Heft zu 88,3 % vorgelegt (vgl. Abb. 5.2.3). Dies mag zum Teil der Tatsache geschuldet sein, dass Kinder, die im Ausland geboren und/oder aufgewachsen sind, eventuell kein Vorsorgeheft oder vergleichbares Dokument besitzen.

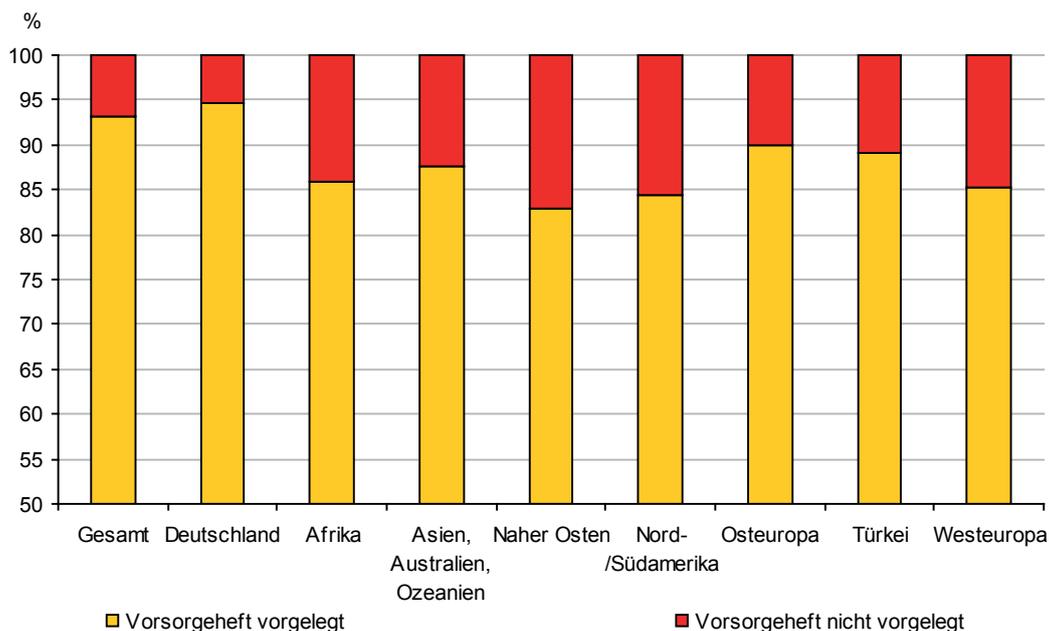


Abb. 5.2.4 Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769

Bei der Betrachtung der Daten des Migrationshintergrunds nach Herkunftsregionen (vgl. Abb. 5.2.4) fällt auf, dass für ein Zehntel (10,1 %) der Kinder mit osteuropäischem Migrationshintergrund ($n = 7.614$) und ein knappes Fünftel (17,1 %) der Kinder aus der Region des Nahen Ostens ($n = 1.563$) kein Vorsorgeheft vorgelegt wurde.

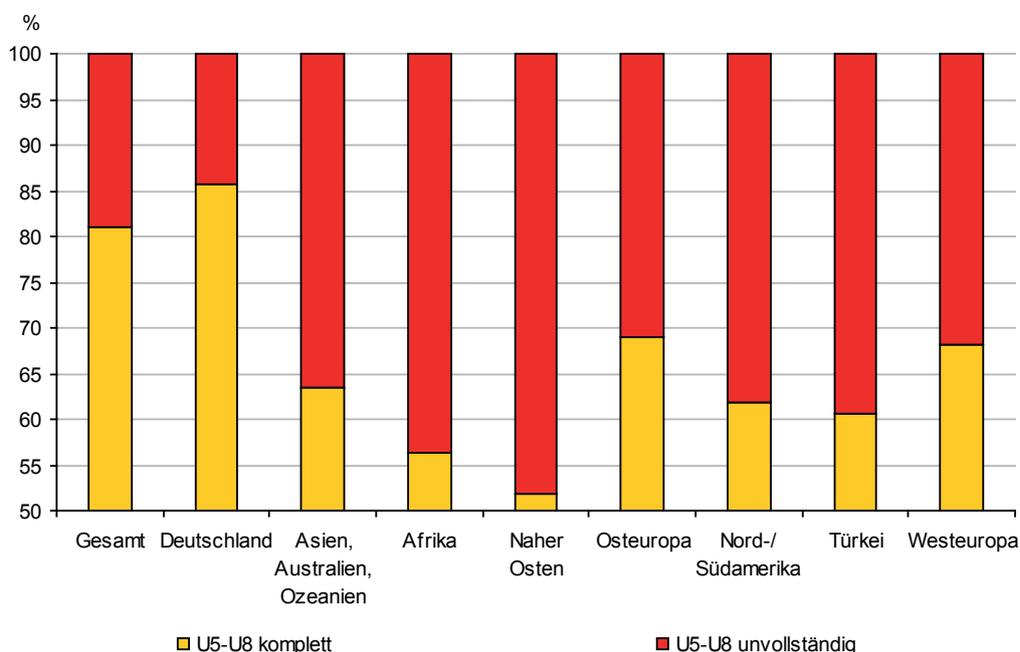


Abb. 5.2.5 Vollständigkeit der U5 bis U8 / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, $n = 65.769$

81,1 % der untersuchten Kinder haben alle Untersuchungen in der Reihe U5 bis U8 absolviert. Beim Vergleich der einzelnen Herkunftsregionen ist jedoch hinsichtlich der vollständigen Inanspruchnahme der U5 bis U8 ein starkes Gefälle zu bemerken; Kinder mit Migrationshintergrund hatten nur zu knapp der Hälfte (Naher Osten ($n = 1.563$): 51,9 %) bis leicht über zwei Drittel (Osteuropa ($n = 7.614$): 68,9 %) die Vorsorgeuntersuchungen U5 bis U8 vollständig besucht (vgl. Abb. 5.2.5).

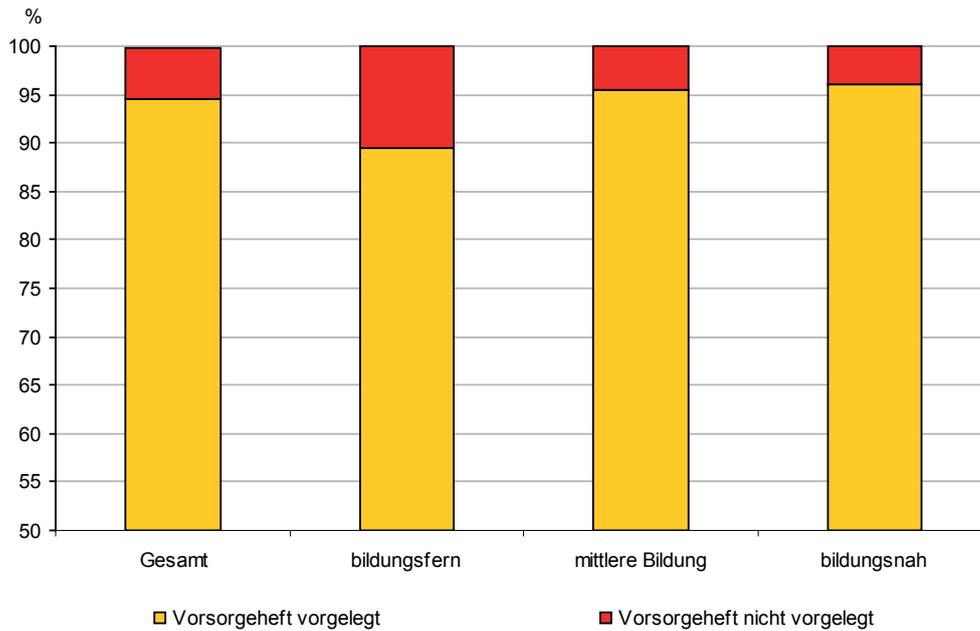


Abb. 5.2.6 Vorlage Vorsorgeheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 45.062

Bei 45.062 Kindern gaben die Eltern an, welchen Ausbildungsabschluss sie erlangt hatten. Dabei kann beobachtet werden, dass die Eltern mit einem höheren bzw. mittleren Berufsbildungsgrad der Vorlage des Vorsorgeheftes mehr Aufmerksamkeit beimaßen, als Eltern mit geringerer Berufsbildung (96,0 % bzw. 95,5 % zu 89,4 %) (vgl. Abb. 5.2.6).

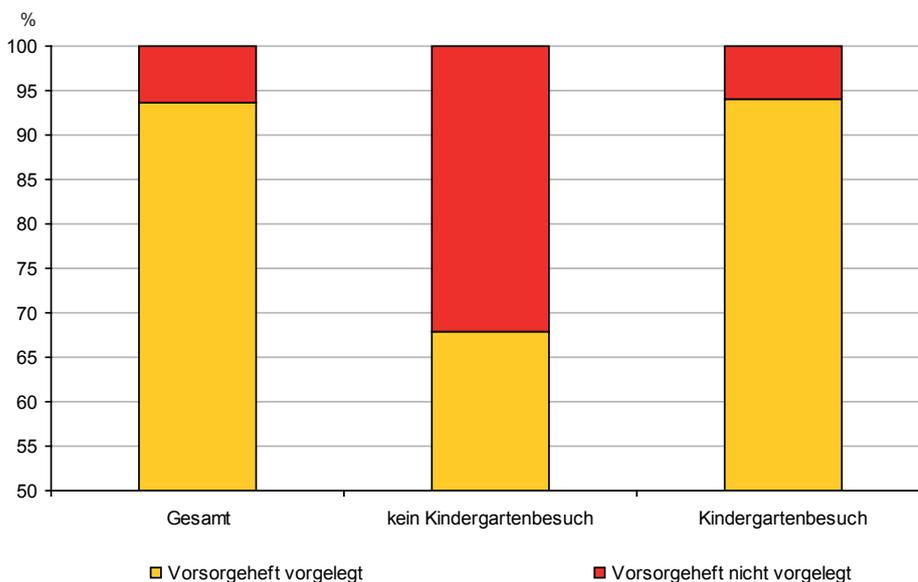


Abb. 5.2.7 Vorlage Vorsorgeheft / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 67.678

Für 94,0 % der Kinder, die einen Kindergarten besucht haben (n = 66.607), wurde das U-Heft bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt, jedoch nur für 67,9 % der Kinder, die keinen Kindergarten besucht haben (n = 1.071) (vgl. Abb. 5.2.7).

5.3 Vorlage Impfausweis

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Präventionsmaßnahmen. Ein vollständiger Impfschutz dient nicht nur dem Schutz der geimpften Person vor ansteckenden Krankheiten (Individualprophylaxe), sondern hat auch eine wichtige bevölkerungsmedizinische Relevanz: Durch Erreichen hoher Impfquoten ist es möglich, eine Bevölkerungsimmunität zu erreichen. Eine hohe Impfquote der Bevölkerung schützt auch die Personen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen selbst nicht geimpft werden können.

Gemäß § 34 Abs. 11 des Infektionsschutzgesetzes hat das Gesundheitsamt den Impfstatus des Kindes bei Aufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule zu erheben. Die Überprüfung des Impfstatus erfolgt mit Hilfe des Impfausweises, der zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt werden soll. Die durchgeführten Impfungen werden ausschließlich in den persönlichen Impfheften dokumentiert, es erfolgt keine zentrale Speicherung. Daher stellt die Schuleingangsuntersuchung die erste Möglichkeit dar, den Grad der frühkindlichen Grundimmunisierung in Erfahrung zu bringen.

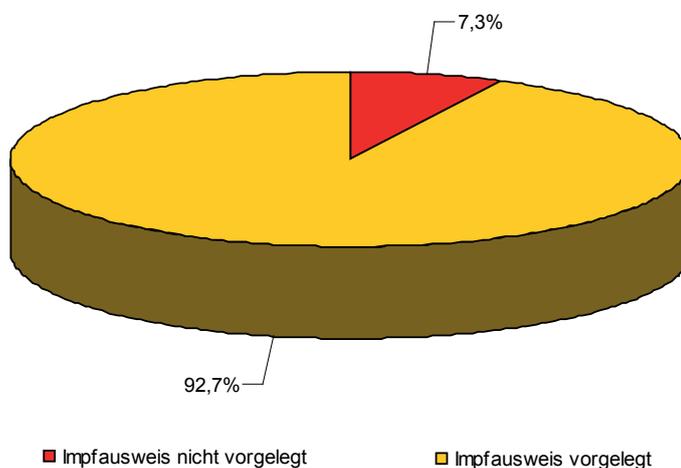


Abb. 5.3.1 Vorlage Impfheft, Schuleingangsuntersuchungen 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Das Impfdokument im Schuleingangsuntersuchungsjahr 2010 wurde für 66.163 Kinder vorgelegt. Dies entsprach 92,7 % der insgesamt untersuchten Kinder. Bei 7,3 % der untersuchten Kinder fehlte dieses Dokument (vgl. Abb. 5.3.1).

Tab. 5.3.1a Impfschutz, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.163

	Absolut	%
Tetanus	63.440	95,9
Diphtherie	63.091	95,4
Pertussis	62.682	94,7
Hib	62.747	94,8
Polio	63.660	96,2
Hepatitis B	61.109	92,4
Masern	61.176	92,5
Mumps	61.052	92,3
Röteln	60.957	92,1
Pneumokokken*	8.211	12,4
Meningokokken*	40.590	61,3
Varizellen**	15.487	23,4
Gesamt***	57.398	86,8

* seit 2007 von der STIKO empfohlen
** 2009 umgestellt von einer auf zwei Impfungen
*** ohne Pneumokokken, Meningokokken und Varizellen

Über eine vollständige Grundimmunisierung verfügten 86,8 % der Kinder, für die ein Impfdokument vorgelegt wurde. Nicht eingerechnet in diesen Wert sind die Impfungen gegen Pneumokokken, Meningokokken und Varizellen, da diese Impfungen erst in einem späteren Alter von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts als Standardimpfungen empfohlen werden.

Weitere Zahlen zu den durchgeführten Impfungen werden im jährlich erscheinenden Impfreport des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes aufgeführt (www.nlga.niedersachsen.de).

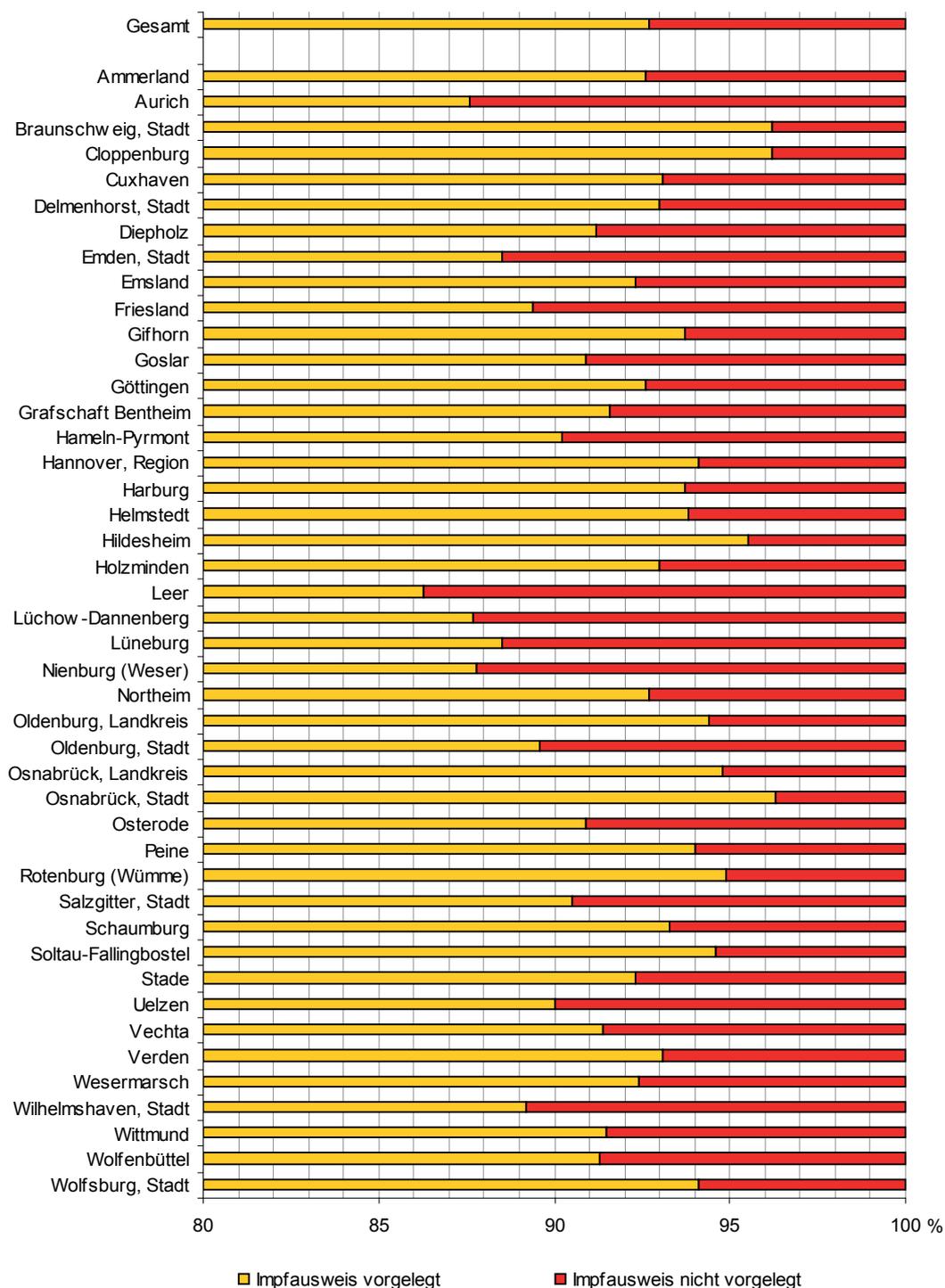


Abb. 5.3.2 Vorlage Impfheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Zwischen den einzelnen Landkreisen unterscheidet sich die Quote der Vorlage der Impfausweise, die zur Einschulungsuntersuchung mitgebracht wurden (86,3 % bis 96,3 %) (vgl. Abb. 5.3.2). Auffällig ist, dass die Zahlen denen der Vorlage des Vorsorgeuntersuchungsheftes ähneln. Das bedeutet, dass bei der Schuleingangsuntersuchung meistens beide oder keines der Dokumente für die Kinder vorgelegt wurden. Auch wenn bei einem fehlenden Impfausweis nicht unterstellt werden kann, dass dem Kind die Grundimmunisierung fehlt, so liegt die Vermutung nahe, dass in dieser Gruppe der Anteil mit unvollständiger Grundimmunisierung höher ist.

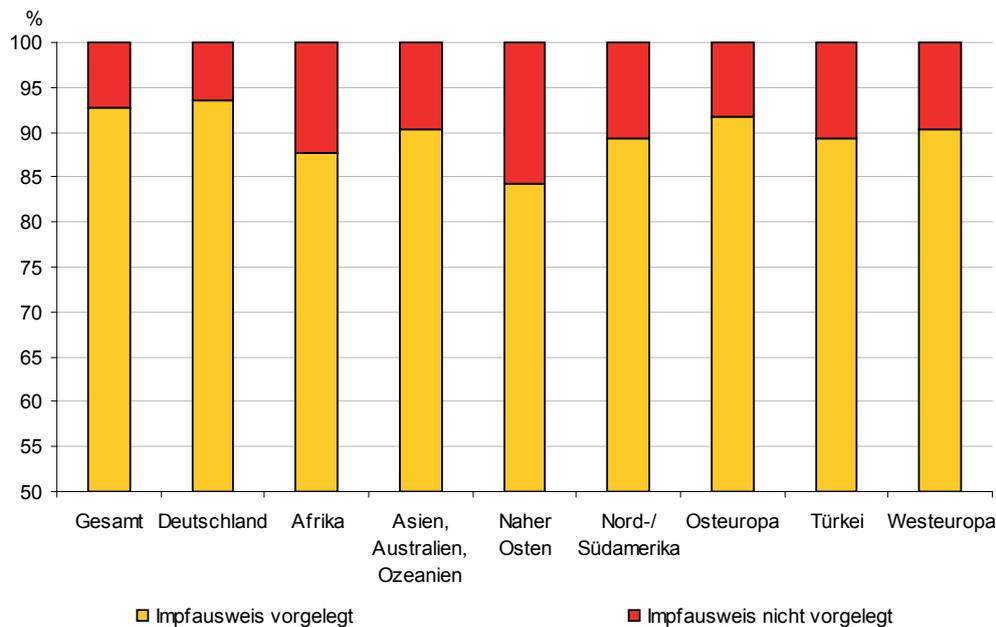


Abb. 5.3.3 Vorlage Impfheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769

Für 90,2 % der Kinder mit Migrationshintergrund wurde ein Impfdokument bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt, während es bei den Kindern ohne Migrationshintergrund 93,6 % waren.

Die Daten zeigen Unterschiede bei der regionalen Betrachtung des Migrationshintergrunds. Bei Kindern mit osteuropäischen Migrationshintergrund (n = 7.614) wurde das Impfheft in 8,2 % der Fälle nicht vorgelegt, während es bei Kindern mit Migrationshintergrund Afrika (n = 286) 12,2 % und Naher Osten (n = 1.563) 15,8 % waren (vgl. Abb. 5.3.3). Es ist nur in den seltensten Fällen davon auszugehen, dass ein Kind, auch wenn es im Ausland geboren wurde, über kein Impfdokument verfügt. Ob möglicherweise ein sprachliches Verständnisproblem dazu beiträgt, dass das Dokument für Kinder mit Migrationshintergrund seltener vorgelegt wurde, bleibt zu klären, ebenso wie mögliche Konsequenzen hinsichtlich einer zielgruppengerichteten Aufklärung.

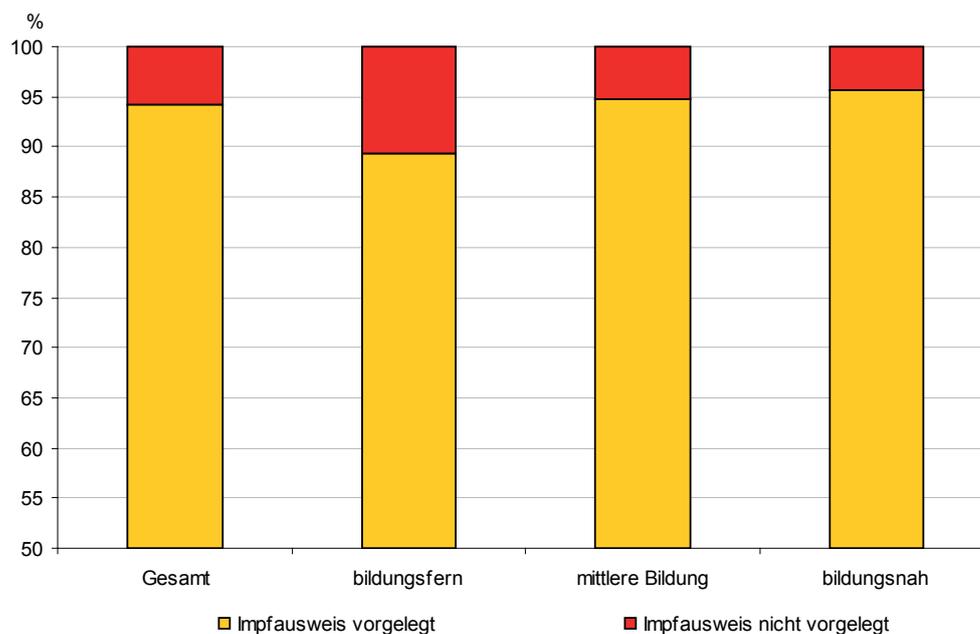


Abb. 5.3.4 Vorlage Impfheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.937

Das Impfdokument wurde für Kinder aus bildungsnahen Familien mit 95,6 % und aus Familien mit mittlerer Bildung mit 94,8 % deutlich häufiger zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt, als für Kinder aus Familien mit geringer qualifizierendem Berufsabschluss der Eltern (89,3 %) (vgl. Abb. 5.3.4).

5.4 Über- und Untergewicht (BMI)



Messung der Körpergröße

Die Beurteilung des Körpergewichts orientiert sich an den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA). Der Body Mass Index (BMI) stellt ein Maß für die Gesamtkörperfettmasse dar und gibt das Verhältnis der Körpergröße zum Körpergewicht nach der Formel $BMI = \text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2$ (kg/m^2) an. Da sich Kinder im Wachstum physiologisch unterschiedlich entwickeln, müssen diese geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten anhand von Wachstumskurven, den geschlechtsbezogenen BMI-Perzentilen nach Kromeyer-Hauschild, verglichen und überprüft werden. Diese Perzentilen geben an, wie viele Kinder einer Vergleichsgruppe gleichen Geschlechts und Alters einen niedrigeren bzw. höheren BMI besitzen:

- Starkes Untergewicht: unterhalb des 3. Perzentils
- Untergewicht: zwischen dem 3. und 10. Perzentil
- Normalgewicht: zwischen dem 10. und 90. Perzentil
- Übergewicht: über dem 90. Perzentil
- Starkes Übergewicht (Adipositas): über dem 97. Perzentil

Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) erhöhen das Risiko für spätere Folgeerkrankungen wie Erkrankungen der Gefäße, Bluthochdruck oder Diabetes mellitus Typ II. Speziell für Kinder kann Übergewicht und insbesondere Adipositas darüber hinaus eine Einschränkung in der sozialen Entwicklung bedeuten. Als ursächlich für Übergewicht und starkes Übergewicht gelten falsche Ernährungsgewohnheiten und ein Mangel an körperlicher Aktivität sowie die genetische Veranlagung, frühkindliche Prägung, soziodemographische und psychosoziale Faktoren. In den seltensten Fällen liegt eine andere Primärerkrankung vor.

Untergewicht und starkes Untergewicht können zu Mangelerscheinungen führen. Diese können die Infektanfälligkeit steigern, die Muskelfunktionen beeinträchtigen und andere gesundheitliche Probleme wie etwa eine eingeschränkte geistige Entwicklung befördern. Die Gründe für das Auftreten von Untergewicht sind mannigfaltig und reichen von gesundheitlichen Ursachen und Essstörungen über eine genetische Veranlagung hin zu sozialen Faktoren wie finanziellen oder psychischen Problemen. In vereinzelt Fällen kann Untergewicht auch ein Hinweis auf elterliche Vernachlässigung sein.

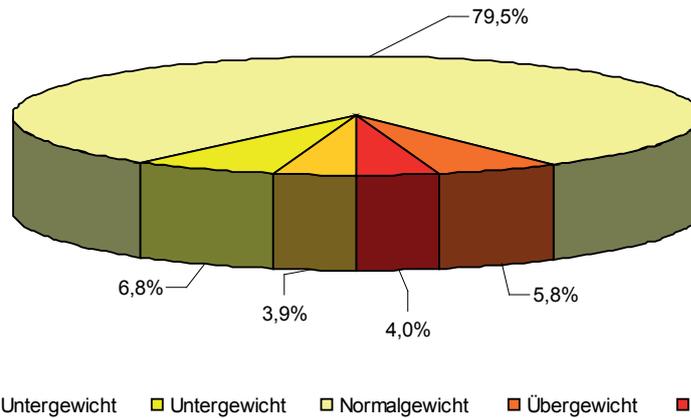


Abb. 5.4.1 Body Mass Index (BMI), Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 70.741

Von den 70.741 bei der Schuleingangsuntersuchung 2010 untersuchten Kindern waren 79,5 % normalgewichtig, 10,7 % untergewichtig bzw. stark untergewichtig und 9,8 % übergewichtig bzw. adipös (vgl. Abb. 5.4.1). Dies entspricht der statistisch zu erwartenden Prävalenz. Bei den Unterteilungen der Gruppe Untergewicht („untergewichtig“ und „stark untergewichtig“) sowie der Gruppe Übergewicht („übergewichtig“ und „adipös“) fällt auf, dass 3,9 % bzw. 4,0 % der untersuchten Kinder stark untergewichtig bzw. adipös waren und somit von der zu erwartenden Prävalenz von 3,0 % leicht abwichen.

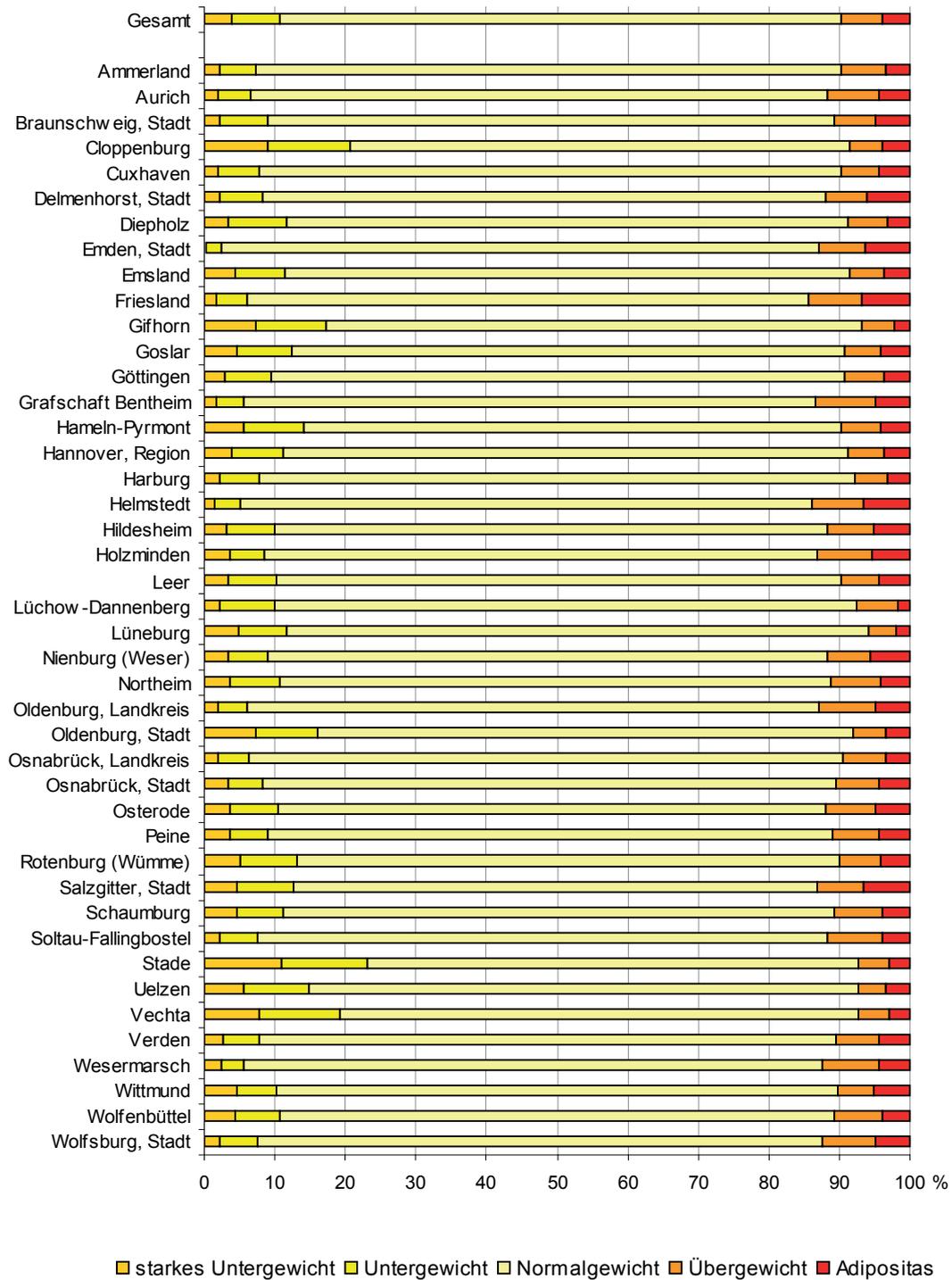


Abb. 5.4.2 Body Mass Index (BMI) / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 70.741

Die Spannweite für Normalgewicht lag im Landkreisvergleich zwischen 69,7 % und 84,6 % (vgl. Abb. 5.4.2). Der Anteil für Übergewicht betrug im Minimum 3,9 % und im Maximum 8,5 %, für starkes Übergewicht 1,7 % und 6,9 %. Für Untergewicht lag die Spannweite zwischen 2,3 % und 12,2 %, für starkes Untergewicht zwischen 0,2 % und 10,9 %.

Die Abweichungen von der zu erwartenden Prävalenz sind schwer zu erklären. Als mögliche Gründe hierfür kommen nicht geeichte Waagen und fehlerhafte Messungen in Frage oder ein trotz Standardisierungsvorgaben in den Arbeitsrichtlinien unterschiedliches Vorgehen beim Wiegen

(z. B. Wiegen mit Bekleidung). Es bleibt zu beobachten, ob die Unterschiede auch im Zeitverlauf über die nächsten Jahre persistieren oder ob sie sich nivellieren werden.

Es gab keine geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten bei der Betrachtung des BMI. In den Daten für Niedersachsen konnte zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich Über- bzw. Untergewicht kein signifikanter Unterschied gesehen werden.

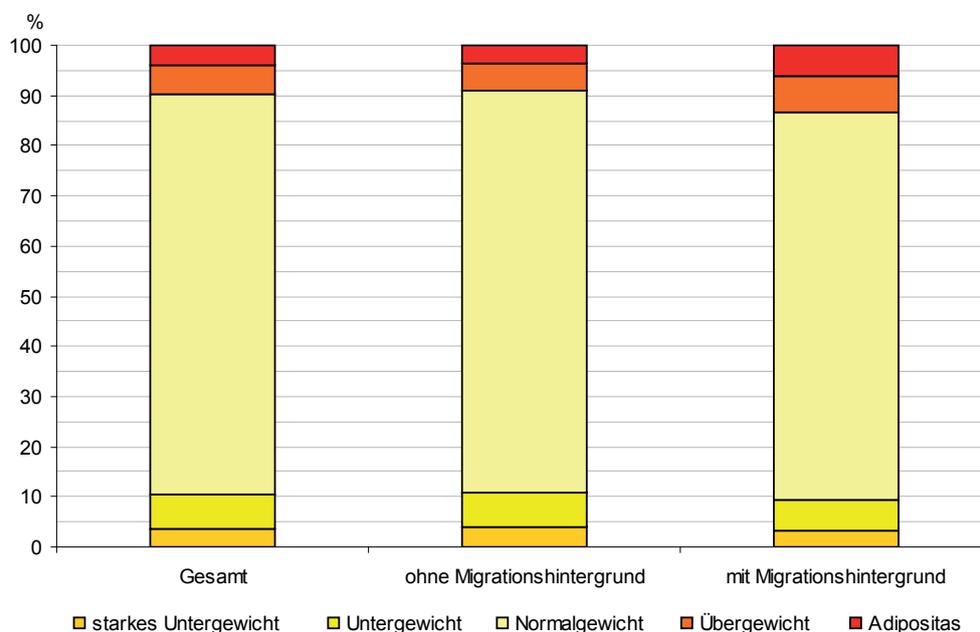


Abb. 5.4.3 Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.161

In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Gewichtsverteilung. Konnten beim Untergewicht nur geringe Unterschiede festgestellt werden - der Anteil der untergewichtigen Kinder mit Migrationshintergrund lag bei 9,3 %, der von Kindern ohne Migrationshintergrund bei 10,8 % - waren bei Kindern mit Übergewicht größere Unterschiede zu beobachten: Die Kinder mit Migrationshintergrund waren zu 13,4 % übergewichtig (Übergewicht 7,4 %, Adipositas 6,0 %) und die ohne Migrationshintergrund zu 8,9 % (Übergewicht 5,4 %, Adipositas 3,5 %) (vgl. Abb. 5.4.3).

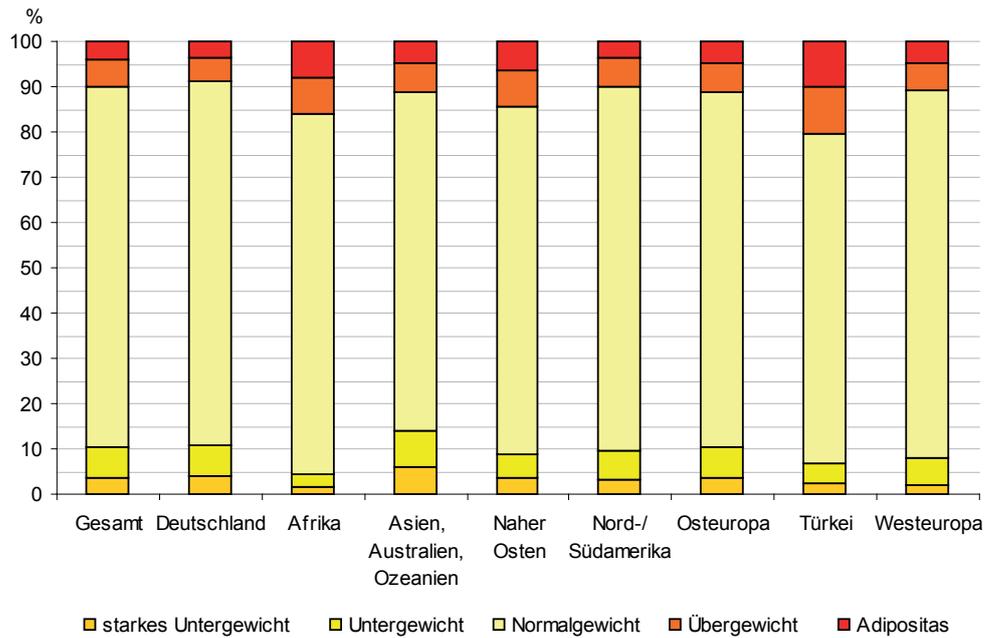


Abb. 5.4.4 Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.161

Werden die Daten des Migrationshintergrunds für die entsprechenden Herkunftsregionen separat ausgewertet (vgl. Abb. 5.4.4), dann ist zu sehen, dass Kinder mit Migrationshintergrund Türkei (n = 2.882) zu einem Fünftel (20,2 %) übergewichtig waren, gefolgt von den Kindern mit Migrationshintergrund Afrika (n = 282) mit 16,0 % und dem Nahen Osten (n = 1.533) mit 14,5 % Übergewicht.

Der höchste Anteil an untergewichtigen Kindern war mit 14,2 % in der Gruppe der Kinder aus Asien, Australien und Ozeanien (n = 680) zu beobachten. An zweiter Stelle standen Kinder aus Deutschland (n = 50.837) mit 10,8 % und der dritthöchste Anteil an untergewichtigen Kindern zeigte sich bei Kindern mit osteuropäischem Migrationshintergrund (n = 7.544) mit 10,3 %.

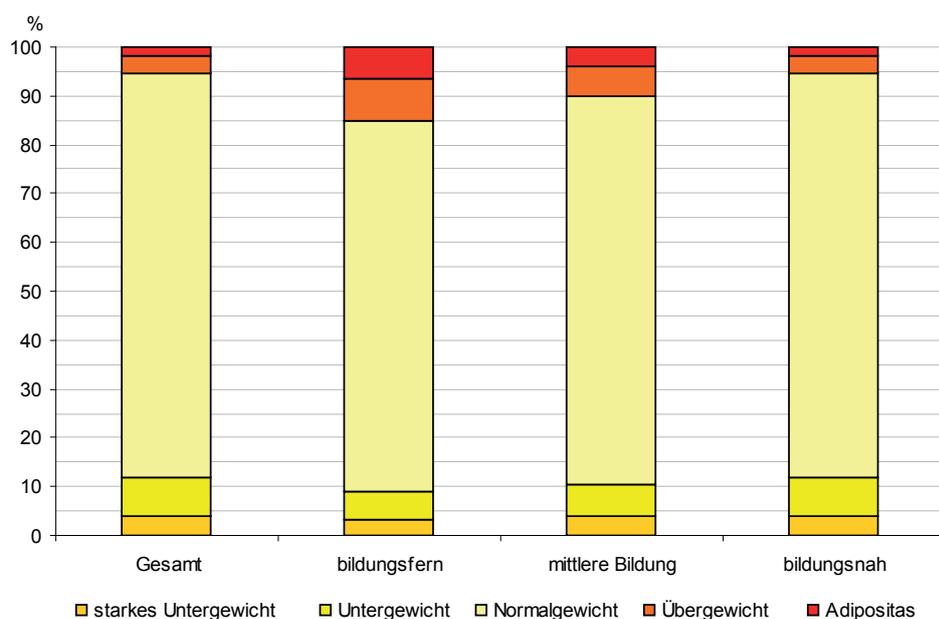


Abb. 5.4.5 Body Mass Index (BMI) / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n =44.937

Eine Korrelation ließ sich zwischen dem Gewicht der Kinder und dem Ausbildungshintergrund der Eltern erkennen (vgl. Abb. 5.4.5). 82,8 % Prozent der Kinder aus bildungsnahen Familien wiesen ein normales Gewicht auf, 1,6 % waren adipös und 3,8 % übergewichtig. Hinsichtlich der Tendenz zu Untergewicht war jedoch auffällig, dass 11,7 % dieser Kinder untergewichtig waren, von denen sogar 4,1 % starkes Untergewicht hatten. Die bei der Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kinder aus Familien mit mittlerer Bildung entsprachen dem Landesdurchschnitt: 10,4 % waren untergewichtig, 79,7 % hatten das Normalgewicht und 9,9 % fielen durch Übergewicht bzw. starkes Übergewicht auf. Von den Kindern, deren Eltern auf Grund der Berufsausbildung als bildungsfern eingestuft wurden, waren 15,0 % übergewichtig (8,4 % Übergewicht, 6,6 % Adipositas), 76,0 % entsprachen dem Normalgewicht und 9,0 % waren untergewichtig (5,9 % Untergewicht, 3,1 % starkes Untergewicht).

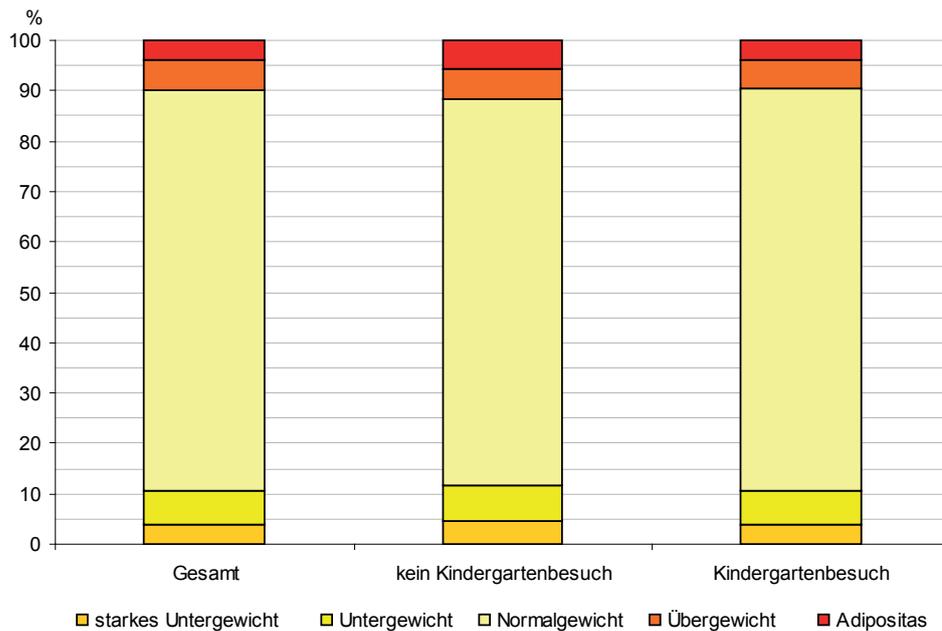


Abb. 5.4.6 Body Mass Index (BMI) / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 67.035

Von den Kindern, die keinen Kindergarten besucht hatten, hatten nach den uns vorliegenden Daten 6,1 % Übergewicht und 5,6 % wiesen eine Adipositas auf. Für diejenigen, die im Vorfeld einen Kindergarten besucht hatten, lag der Anteil der Übergewichtigen bei 5,8 % und der stark Übergewichtigen bei 3,9 %. Es konnte festgestellt werden, dass Kinder ohne eine Betreuung in einem Kindergarten seltener untergewichtig waren, dafür aber einen erhöhten Anteil an Übergewichtigen auswies (vgl. Abb. 5.4.6). Die Daten sind auf Grund der geringen Fallzahlen von Kindern ohne Kindergartenbesuch nur eingeschränkt aussagekräftig.

5.5 Sehvermögen

„Ich sehe was, was du nicht siehst, und das ist ...“



Testung des Sehvermögens

Ein gutes Sehvermögen ist für den Erwerb der Lese- und Schreibkompetenz und damit für einen Schulerfolg unverzichtbar. Das Sehvermögen der Kinder wird mit standardisierten Tests überprüft. Untersucht werden die Nah- und Fernsicht, das Farbsehen sowie das räumliche Sehen. Bei Brillenträgern erfolgt die Untersuchung mit Brille. Wenn das Kind in den letzten 6 Monaten vor der Schuleingangsuntersuchung eine augenärztliche Untersuchung hatte, wird auf die Durchführung des Sehtests verzichtet.

Eine Empfehlung zur Kontrolluntersuchung bei einer Augenärztin/einem Augenarzt wird bei allen Kindern ausgesprochen, die

- eine seitendifferente Sehleistung haben,
- eine Sehschärfe von weniger als 1,0 in der Ferne haben, (bei Kindern von 48 bis 60 Monaten ist 0,7 beidseitig ausreichend),
- bei denen der Verdacht auf eine Weitsichtigkeit vorliegt,
- oder bei denen das Stereosehen (räumliches Sehen) eingeschränkt ist (trifft nicht zu auf Brillenträger).

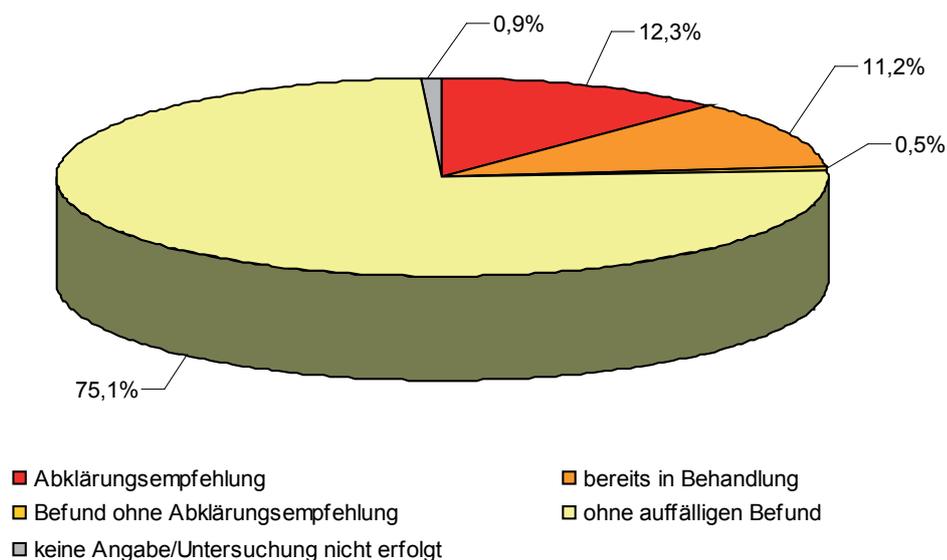


Abb. 5.5.1 Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten bei drei Viertel der Kinder (75,1 %) keine Auffälligkeiten beim Sehen. Bei 12,3 % der Kinder wurde die Abklärung der festgestellten Auffälligkeiten durch eine/n Facharzt/-ärztin empfohlen. 11,2 % der Kinder hatten eine bekannte und in Behandlung befindliche Sehschwäche, bei 0,5 % wurde ein Befund festgestellt, der zwar leicht auffällig

ist, jedoch keine weitere Abklärung durch eine/n Augenärztin/-arzt erforderlich macht. Keine Angaben wurden für 0,9 % der Kinder gemacht. (vgl. Abb.5.5.1).

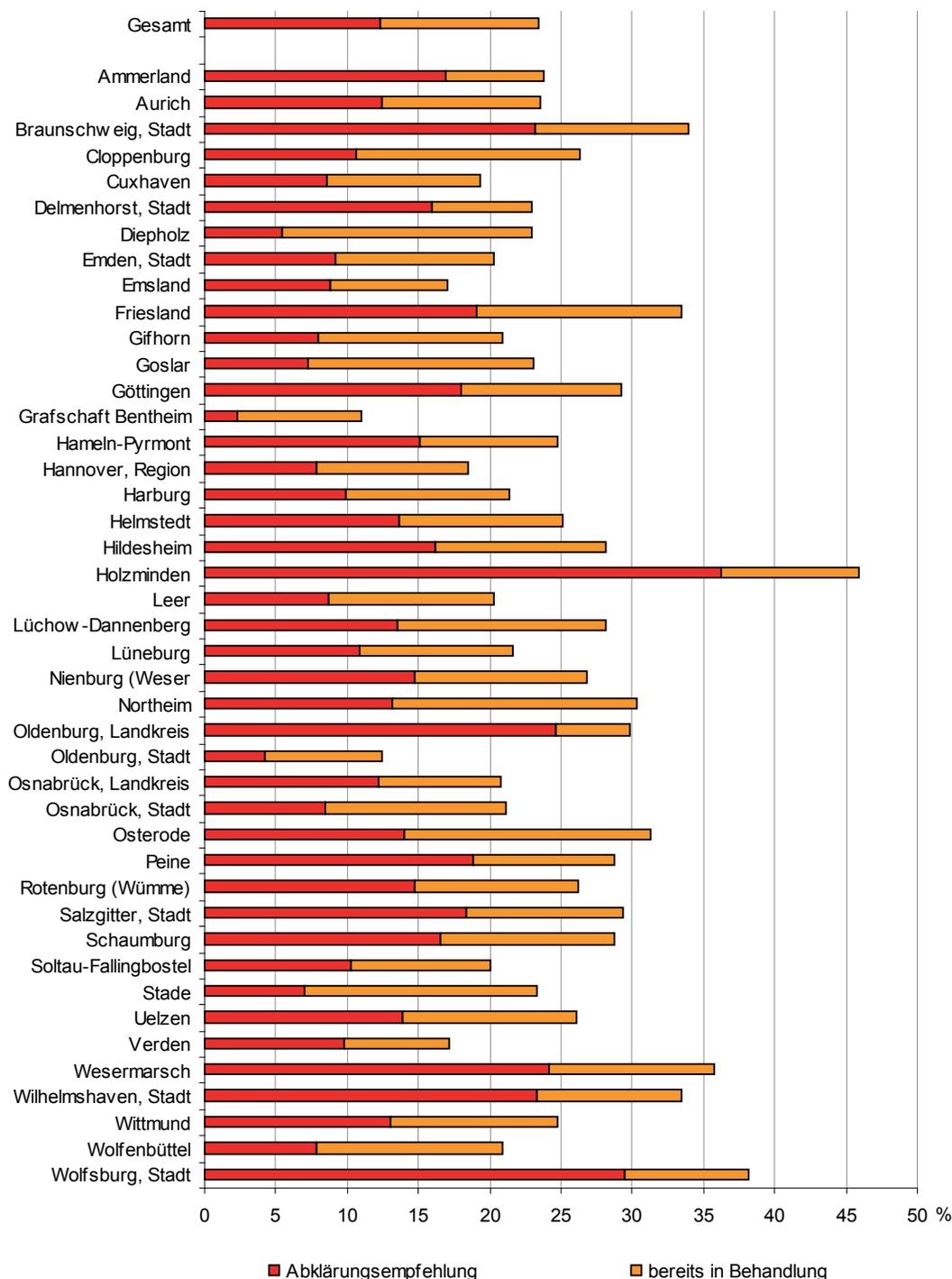


Abb. 5.5.2 Sehvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753

Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zeigten die Daten Unterschiede (vgl. Abb. 5.5.2) in Bezug auf die Befunde des Sehvermögens der untersuchten Kinder. In den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten machte der Anteil der Befunde, die eine fachärztliche Abklärung erforderlich machten, im Minimum 2,3 % und im Maximum 36,2 % aus.

Über die Gründe dieses Unterschieds können nur Vermutungen angestellt werden: So sind Untersuchervarianzen, Fehler in der Datenerfassung bzw. -übermittlung oder Messfehler auf Grund von technischen Einschränkungen der Messgeräte nicht auszuschließen. Auch könnte dieser Un-

terschied ein Hinweis auf eine nicht bedarfsgerechte fachärztliche Versorgung (Über- oder Unterversorgung) in der jeweiligen Region sein.

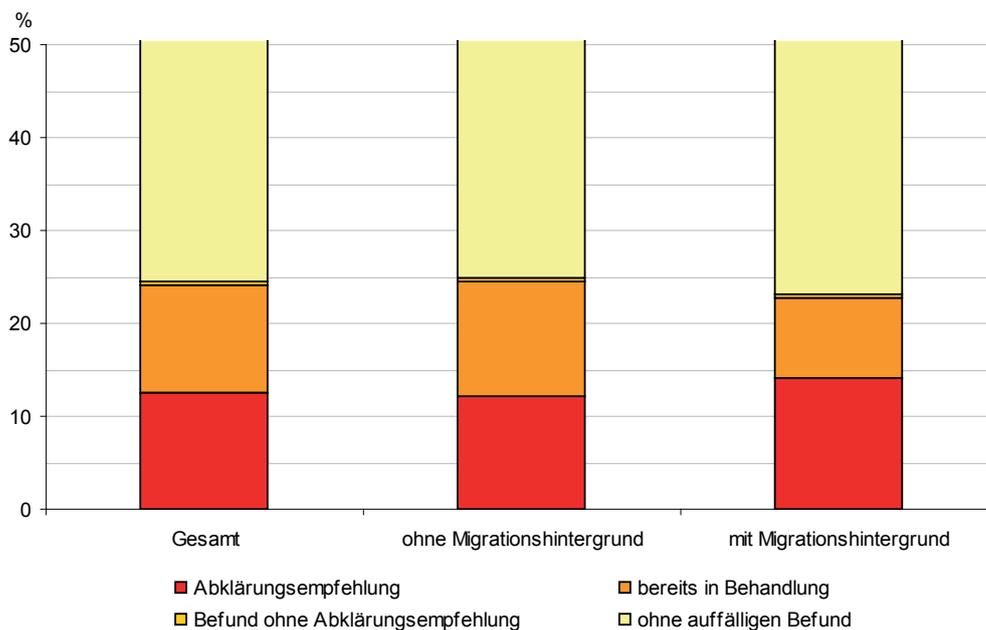


Abb. 5.5.3 Sehvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146

Ob ein Kind über einen Migrationshintergrund verfügt oder nicht, korrelierte geringfügig mit den Untersuchungsergebnissen (vgl. Abb. 5.5.3). 12,1 % der Kinder ohne Migrationshintergrund und 14,2 % der Kinder mit Migrationshintergrund wiesen einen auffälligen Befund auf, der eine Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung nach sich zog. Bereits in augenärztlicher Behandlung befanden sich 12,3 % der Kinder ohne und 8,5 % der Kinder mit Migrationshintergrund.

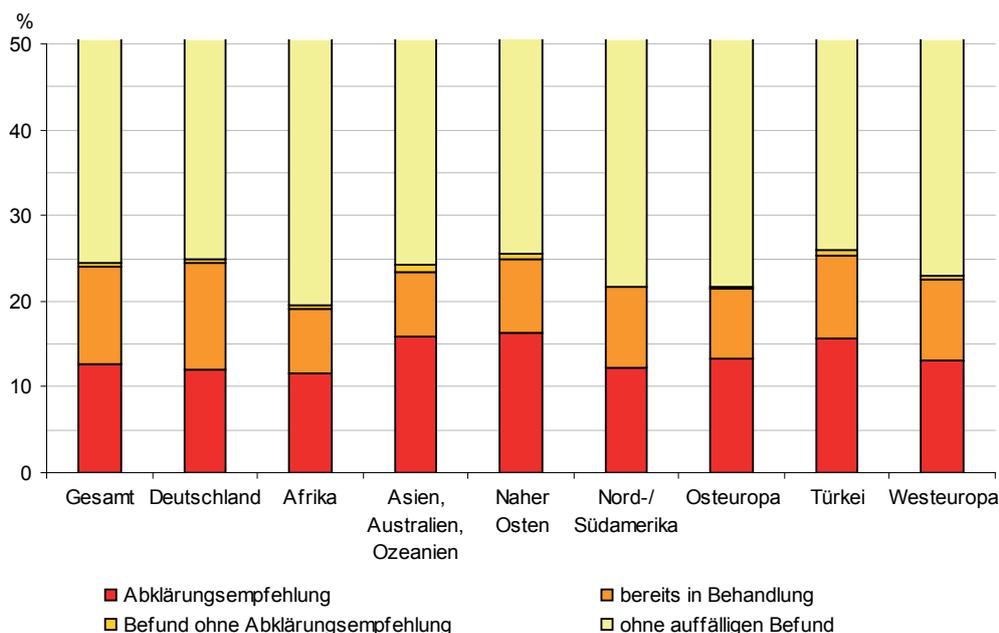


Abb. 5.5.4 Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146

Tab. 5.5.4 a Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146

Herkunft der Familie	bereits in Behandlung absolut (%)	Abklärungsempfehlung absolut (%)	Σ (bereits in Behandlung + Abklärungsempfehlung)	Relation $\frac{\text{Abklärungsempfehlung}}{\text{bereits in Behandlung}}$
Deutschland (n = 50.835)	6.263 (50,4 %)	6.152 (49,6 %)	12.415	1,0
Afrika (n = 283)	21 (38,9 %)	33 (61,1 %)	54	1,6
Asien, Australien, Ozeanien (n = 687)	52 (32,3 %)	109 (67,7 %)	161	2,1
Naher Osten (n = 1.544)	134 (34,8 %)	251 (65,2 %)	385	1,9
Nord-/Südamerika (n = 300)	28 (43,1 %)	37 (56,9 %)	65	1,3
Osteuropa (n = 7.532)	602 (37,4 %)	1.008 (62,6 %)	1.610	1,7
Türkei (n = 2.875)	278 (38,1 %)	452 (61,9 %)	730	1,6
Westeuropa (n = 1.090)	102 (41,6 %)	143 (58,4 %)	245	1,4
Gesamt (n = 65.146)	7.480 (47,7 %)	8.185 (52,3 %)	15.665	1,1

Bezogen auf die verschiedenen Herkunftsregionen zeigt die Datenauswertung Unterschiede: So wurde für 15,7 % der Kinder mit türkischem Migrationshintergrund (n = 2.875) eine Abklärung des Sehvermögens empfohlen, während dies nur bei 11,7 % der Kinder mit afrikanischem Migrationshintergrund der Fall war. Allerdings war die Zahl der untersuchten Kinder mit afrikanischem Migrationshintergrund so gering (n = 283), dass diese Beobachtung ein Zufallsergebnis sein kann. Die höchste Quote der bereits in Behandlung befindlichen Kinder erreichten die Kinder ohne Mi-

igrationshintergrund (n = 50.835) mit 12,3 %, am geringsten waren anteilig auch in dieser Befundkategorie die Kinder mit afrikanischem Migrationshintergrund vertreten (7,4 %).

Die Relation von „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“ fällt bei Kindern mit Migrationshintergrund ungünstiger aus (vgl. Tab. 5.5.4a), d. h. dass eine Sehschwäche bei Kindern mit Migrationshintergrund häufiger erst bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellt wurde. Für Kinder ohne Migrationshintergrund betrug das Verhältnis von „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“ befindlichen Kindern etwa 1:1. Bei Kindern aus dem Nahen Osten (n = 1.544) und der Region Asien/Australien/Ozeanien (n = 687) kamen auf ein Kind mit einer bereits festgestellten Sehschwäche annähernd zwei Kinder, deren Sehleistung eine Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung nach sich zog. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass Kinder mit Migrationshintergrund augenärztlich weniger gut versorgt sind.

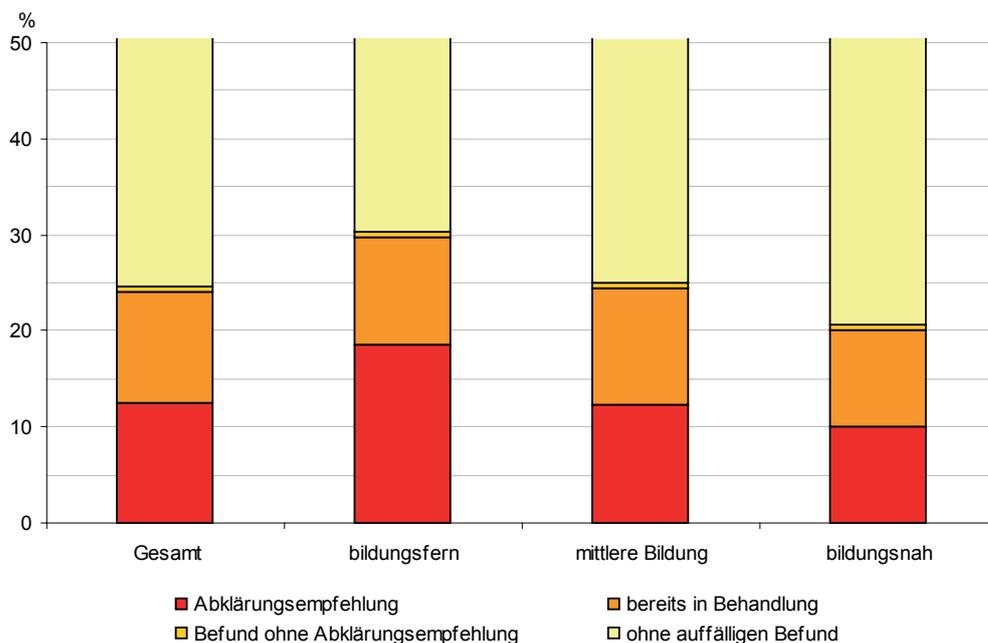


Abb. 5.5.5 Sehvermögen / Ausbildung Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.661

Die berufliche Qualifizierung der Eltern korreliert mit den Befundergebnissen der Sehleistung der Kinder (vgl. Abb. 5.5.5). Die Befunde über die Sehleistung der Kinder, deren Eltern über ein mittleres Ausbildungsniveau verfügen, entsprachen in etwa dem niedersächsischen Durchschnitt. 18,5 % dieser Kinder befanden sich bereits in Behandlung. Bei Kindern aus bildungsfernen Haushalten lag der Anteil der Kinder, die an eine/n Facharzt/-ärztin überwiesen wurden bei 18,5 % und bei bildungsnahen Familien bei 10,0 %. Bei 79,4 % der Kinder aus bildungsnahen Familien wurde keine Einschränkung hinsichtlich des Sehvermögens festgestellt. Bei Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern lag dieser Wert fast zehn Prozentpunkte darunter (69,7 %).

Einen höheren Anteil an Empfehlungen zur fachärztlichen Abklärung der Sehleistung wiesen mit 16,9 % die Kinder auf, die keinen Kindergarten besucht haben (n = 1.037), gegenüber den Kindern, die einen Kindergarten besucht haben (n = 64.485): hier waren es 12,3 % der Kinder, denen eine fachärztliche Abklärung ihrer Sehleistung empfohlen wurde (vgl. Tab. 5.5.6 im Anhang). Gleichzeitig befanden sich in der Gruppe der Kinder, die keinen Kindergarten besucht haben, weniger Kinder in fachärztlicher Behandlung als Kinder, die im Kindergarten waren (9,3 % bzw. 11,3%).

Ein möglicher Grund dieser Beobachtungen könnten entsprechende Hinweise der Erzieherinnen und Erzieher über eine mangelnde Sehleistung an die Eltern sein mit dem Ergebnis, dass die Kinder diesbezüglich ärztlich überprüft werden.

Tab. 5.5.5a Sehvermögen / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U7 und U8, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 64.345

Besuch der Vorsorgeuntersuchung	bereits in Behandlung absolut (%)	Abklärungsempfehlung absolut (%)	Σ (bereits in Behandlung + Abklärungsempfehlung)	Relation $\frac{\text{Abklärungsempfehlung}}{\text{bereits in Behandlung}}$
Vorsorgeuntersuchung U7 erfolgt (n = 60677)	7.138 (50 %)	7.136 (50 %)	14.274	1,0
Vorsorgeuntersuchung U7 nicht erfolgt (n = 3668)	268 (30 %)	624 (70 %)	892	2,3
Vorsorgeuntersuchung U8 erfolgt (n = 58277)	6931 (50,7 %)	6738 (49,3 %)	13.669	1,0
Vorsorgeuntersuchung U8 nicht erfolgt (n = 6068)	475 (31,7 %)	1022 (68,3 %)	1.497	2,2

Ob die Vorsorgeuntersuchungen U7 und/oder U8 besucht wurden, hat einen Einfluss auf das Ergebnis der Untersuchung zum Sehvermögen (vgl. Tab. 5.5.5a). Bei beiden Vorsorgeuntersuchungen wird ein einfacher Sehtest durchgeführt, der Sehfehler erkennen und gegebenenfalls eine augenärztliche Behandlung initiieren kann.

Es zeigt sich, dass die Kinder, die die U7 oder U8 nicht besucht haben, seltener bereits in Behandlung waren und häufiger zur Abklärung des Befunds an eine/n Facharzt/-ärztin überwiesen wurden, als dies bei den Kindern der Fall war, die an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.

5.6 Hörvermögen

Ein differenziertes Hörvermögen ist Voraussetzung für eine normale Sprachentwicklung und für den Erwerb der Lese- und Schreibfertigkeit. Somit ist ein gutes Hörvermögen für einen Schulerfolg grundlegend. Als Ursachen für Schwerhörigkeit im Kindesalter gelten genetische Faktoren, chronische Mittelohrentzündungen sowie einige Kinderkrankheiten wie Masern, Keuchhusten oder Mumps. Auch Lärmexposition kann bleibende Schäden am Gehör hinterlassen, was im Alter der Schulanfängerinnen und Schulanfänger jedoch eher unwahrscheinlich ist.

Das Hörvermögen wird bei der Schuleingangsuntersuchung mit einem standardisierten Verfahren getestet. Dieser Hörtest erfolgt mit einem geeichten Audiometer bei möglichst geringem Geräuschpegel. Eine Hörstörung liegt vor, wenn bei der Hörprüfung mit dem Audiometer unter Benutzung von Kopfhörern mit Schallschutzkappen bei einer Lautstärke von 30 dB mindestens zwei der Frequenzen 250, 500, 1.000, 2.000, 4.000, 6.000 Hz auf einem oder beiden Ohren nicht wahrgenommen werden.

Kinder, die mit Hörgeräten versorgt sind, werden nicht getestet.

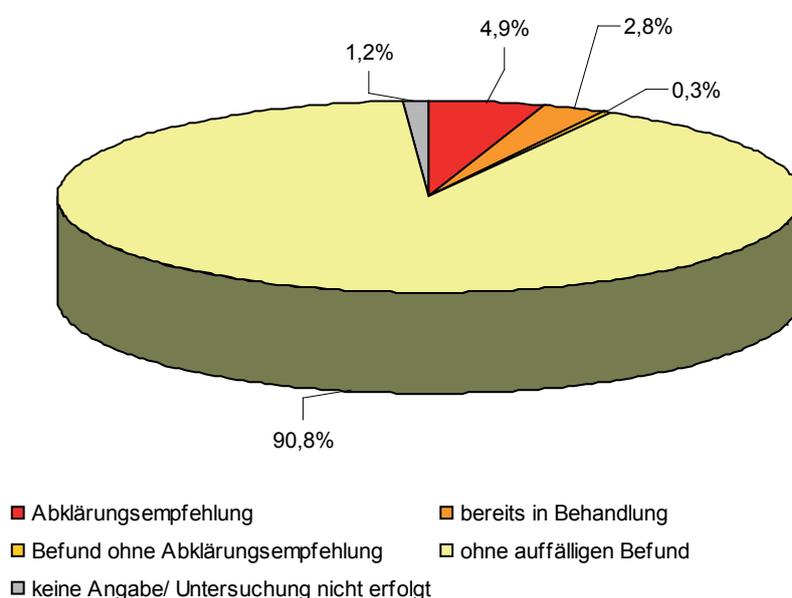


Abb. 5.6.1 Hörvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753

Die Datenauswertung in Niedersachsen zeigt bei knapp fünf Prozent der untersuchten Kinder eine abklärungsbedürftige Hörschwäche. 2,8 % der Kinder befanden sich aufgrund einer bekannten Hörschwäche bereits in ärztlicher Behandlung und bei 0,3 % der Kinder wurde eine leichte, nicht abklärungsbedürftige Hörschwäche diagnostiziert. Keine Einschränkung der Hörfähigkeit wurde bei 90,8 % der untersuchten Kinder ermittelt. Für 1,2% der Kinder wurde keine Angabe gemacht. (vgl. Abb. 5.6.1).

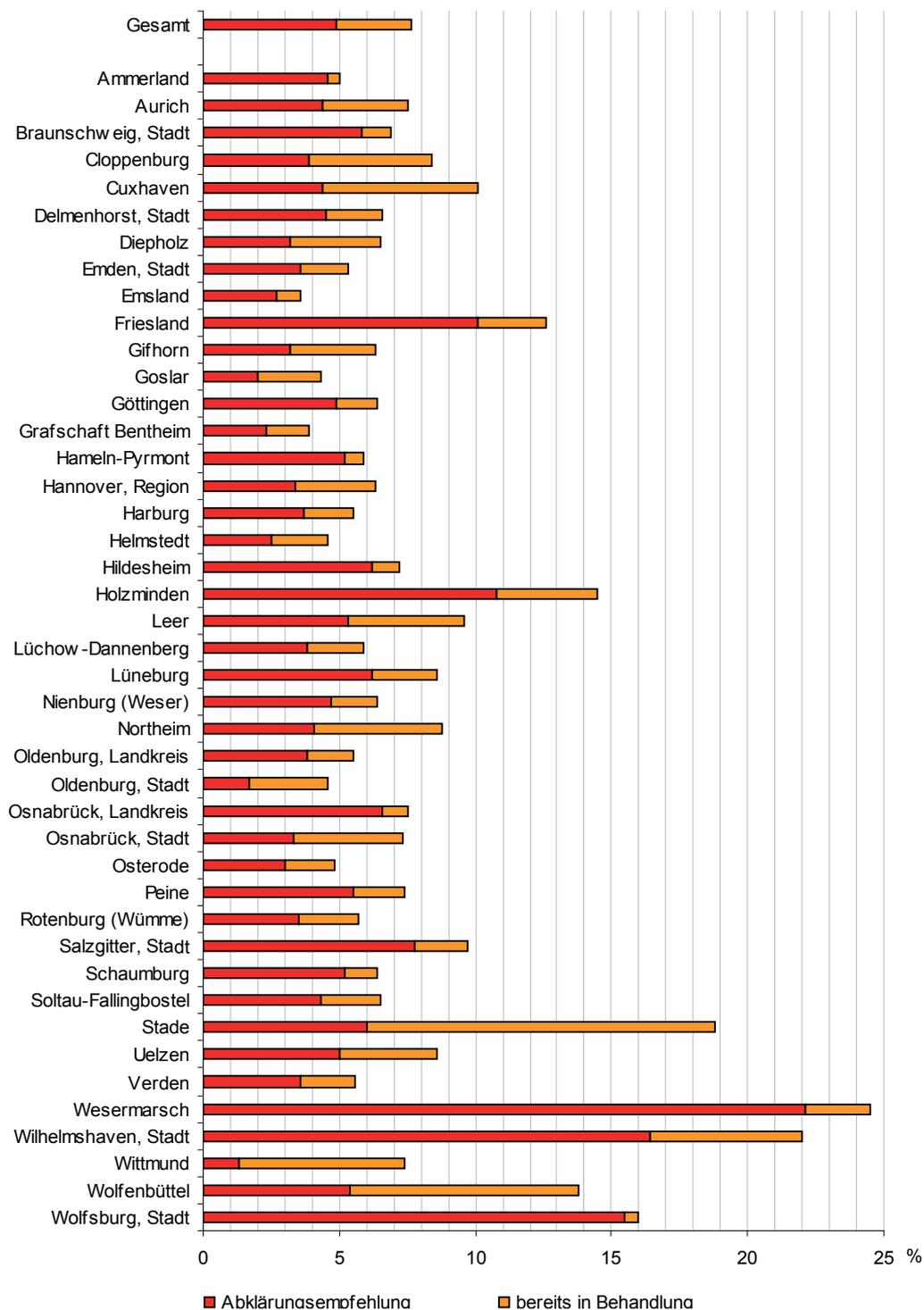


Abb. 5.6.2 Hörvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753

Die Spannweite der erhobenen Befunddaten ist in den Landkreisen und kreisfreien Städten relativ groß. Wurde landesweit bei 4,9 % der Kinder eine fachärztliche Abklärung empfohlen, variierte dies in den Landkreisen zwischen 1,3 % und 22,1 %. Auch bezüglich der bereits in Behandlung befindlichen Kinder war die Streuung hoch: 0,4 % bzw. 12,8 % waren die Minimal- bzw. Maximalwerte auf kommunaler Ebene. Der Anteil der Kinder ohne Beeinträchtigung der Hörfähigkeit bewegte sich zwischen 74,8 % im Minimum und 96,4 % im Maximum (vgl. Abb. 5.6.2).

Eine Erklärung für die Unterschiede bei den Untersuchungsergebnissen kann unter anderem die Jahreszeit sein, zu der die Schuleingangsuntersuchungen in einer Kommune überwiegend vor-

genommen wurden: Findet die SEU überwiegend in den Wintermonaten statt, so ist mit mehr auffälligen Untersuchungsergebnissen zu rechnen, da sich die dann gehäuft auftretenden Erkältungskrankheiten vorübergehend negativ auf das Gehör auswirken können.

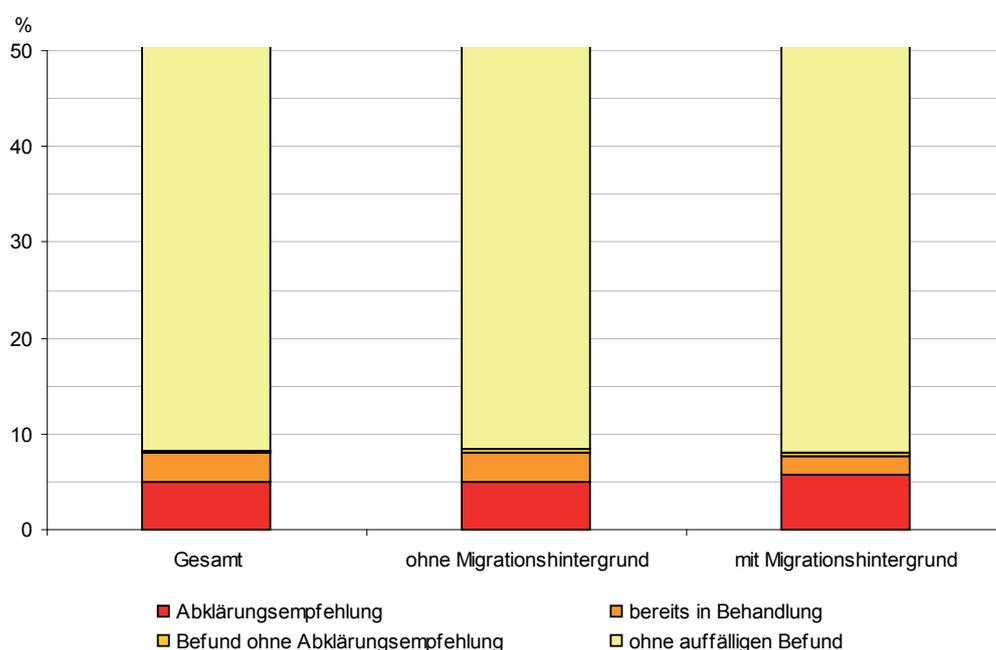


Abb. 5.6.3 Hörvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 64.922

Bei Kindern mit Migrationshintergrund wurde häufiger eine fachärztliche Abklärung des Befundes empfohlen als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (5,7 % gegenüber 4,9 %), während der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder niedriger war (2,1 % gegenüber 3,1 %) (vgl. Abb. 5.6.3/Tab. 5.6.3a).

Migrationshintergrund	bereits in Behandlung absolut (%)	Abklärungsempfehlung absolut (%)	Σ (bereits in Behandlung + Abklärungsempfehlung)	Relation $\frac{\text{Abklärungsempfehlung}}{\text{bereits in Behandlung}}$
ohne Migrationshintergrund (n = 50.659)	1.593 (39,1 %)	2.481 (60,9 %)	4.074	1,6
mit Migrationshintergrund (n = 14.263)	293 (26,5 %)	812 (73,5 %)	1.105	2,8
Gesamt (n = 64.922)	1.886 (36,4 %)	3.293 (63,6 %)	5.179	1,7

Es wird deutlich, dass der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder mit Migrationshintergrund niedriger ist und dass die Hörprobleme bei diesen Kindern in höherem Maße erst im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung entdeckt werden (vgl. Tab. 5.6.3a).

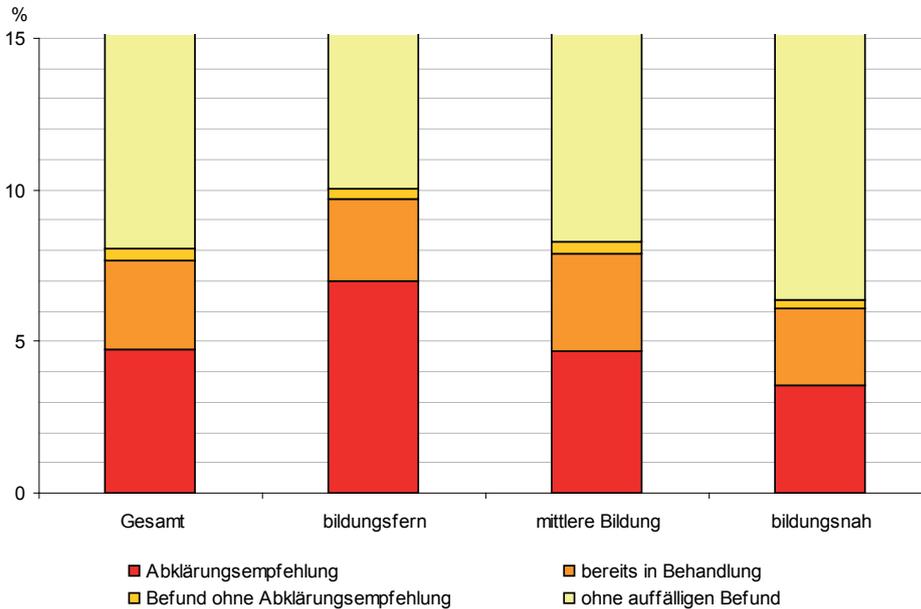


Abb. 5.6.4 Hörvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.537

Es ist ein statistischer Zusammenhang der Untersuchungsergebnisse mit dem Ausbildungsgrad der Eltern zu beobachten: Ähnlich wie auch bei den anderen Untersuchungen zeigt sich mit zunehmendem Bildungsgrad eine abnehmende Häufigkeit bei den abklärungsbedürftigen Befunden: Kinder bildungsferner Eltern zeigten zu 7,0 % eine abklärungsbedürftige Hörminderung. Verfügt die Eltern über eine mittlere Bildung, wurden 4,7 % der Kinder aufgrund einer festgestellten Hörminderung zur Abklärung an eine/n Facharzt/-ärztin überwiesen, bei Kindern bildungsnaher Eltern waren es 3,6 % (vgl. Abb. 5.6.4).

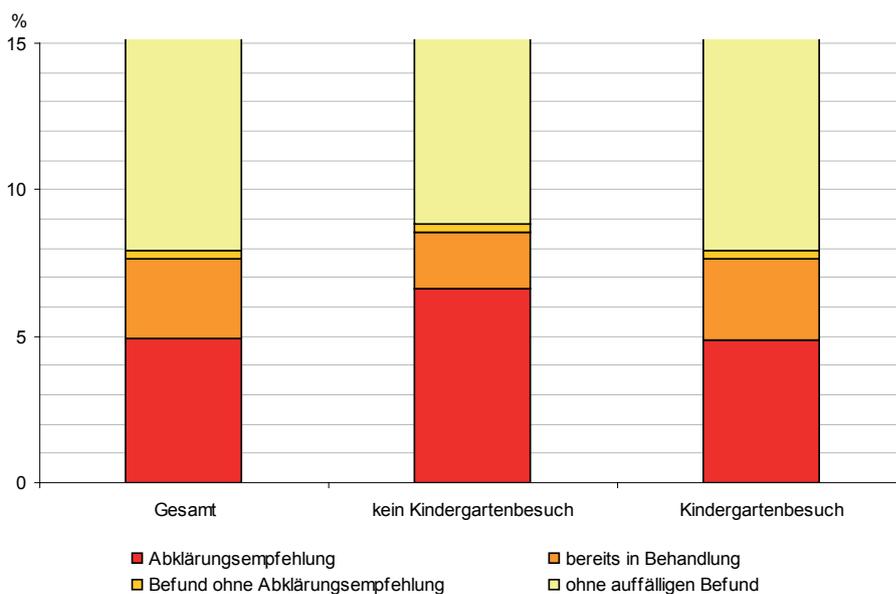


Abb. 5.6.5 Hören / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.316

Bei Kindern, die einen Kindergarten besucht haben, wurden Hörschwächen häufiger bereits vor der Schuleingangsuntersuchung erkannt und entsprechend bereits behandelt als bei Kindern, die eine solche Einrichtung nicht besucht haben (2,7 % im Vergleich zu 1,9 %). Gleichzeitig wurde bei Kindern, die nicht im Kindergarten waren, etwas häufiger eine abklärungsbedürftige Hörbeeinträchtigung (6,6 %) diagnostiziert als bei jenen, die einen Kindergarten besucht hatten (4,9 %) (vgl. Abb. 5.6.5).

5.7 Sprachvermögen

Fischers Fritz fischt frische Fische,
frische Fische fischt Fischers Fritz.

Eine dem Alter entsprechende Sprache (Sprach-, Sprech- und Stimmfähigkeit), ein angemessenes Sprachverständnis und ein altersgerechter Wortschatz haben eine große Bedeutung für den reibungslosen Eintritt in das Schulleben. Als sprachlich unauffällig gilt ein Schulanfänger, der sich in seiner Muttersprache verständlich mitteilen kann, dabei grammatikalisch sinnvolle Sätze bildet und einen altersgemäßen Wortschatz besitzt. Die Untersuchung zum Sprachvermögen erfasst daher alle Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen des Kindes. Als Störungen werden folgende Befunde gewertet:

- Sprech- und Sprachstörungen:
Dysarthrie (Beeinträchtigung der Sprachsteuerung und/oder Sprechmotorik)
- Störungen der Stimme:
Rhinophonie (Klangstörungen der Sprache, Näseln)
Dysphonie (Heiserkeit)
- Verzögerung der Sprachentwicklung:
Dysgrammatismus
- Störung der Aussprache und Oralmotorik:
Dyslalie (Stammeln)
Sigmatismus (Lispeln) nach Abschluss des Frontzahnwechsels
- Störungen im Redefluss und im Ablauf der Rede:
Poltern (Störung des Sprachrhythmus)
Stottern (Störung des Sprachflusses)

In einem Gespräch mit dem Kind wird mit Hilfe eines standardisierten Prüfbogens die Sprachfähigkeit beurteilt. Die Unterhaltung gliedert sich in drei bzw. vier Abschnitte, es wird die Artikulationsfähigkeit (Lippen-, Zungen-, Zahn-, Gaumenlaute) getestet, danach werden Sprachverständnis und Satzbildung überprüft sowie die phonematische Diskrimination (Lautdifferenzierung) kontrolliert. Die Übungen orientieren sich an vorgegebenen Prüfsätzen und Bildtafeln. Ergibt sich aus der Beurteilung der Verdacht auf eine Sprachstörung, erfolgt zur Verifizierung ein Grammatiktest, welcher u. a. auch das Zahlengedächtnis und die Wortergänzungsfähigkeit überprüft.

Da das Sprachvermögen unabhängig von dem Migrationshintergrund und den möglicher Weise mangelnden Deutschkenntnissen der Schulanfänger und -anfängerinnen untersucht wird, kann deren Sprachvermögen gelegentlich nur eingeschränkt oder auch gar nicht beurteilt werden. Diese Fälle werden unter „keine Angabe“ dokumentiert, was zu Verzerrungen der Befundung des Sprachvermögens führen kann.

Anomalien, wie z. B. Kieferfehlstellungen und Hörstörungen, sind als Ursache für eine Sprach- oder Sprechstörung auszuschließen und würden andere Maßnahmen nach sich ziehen.

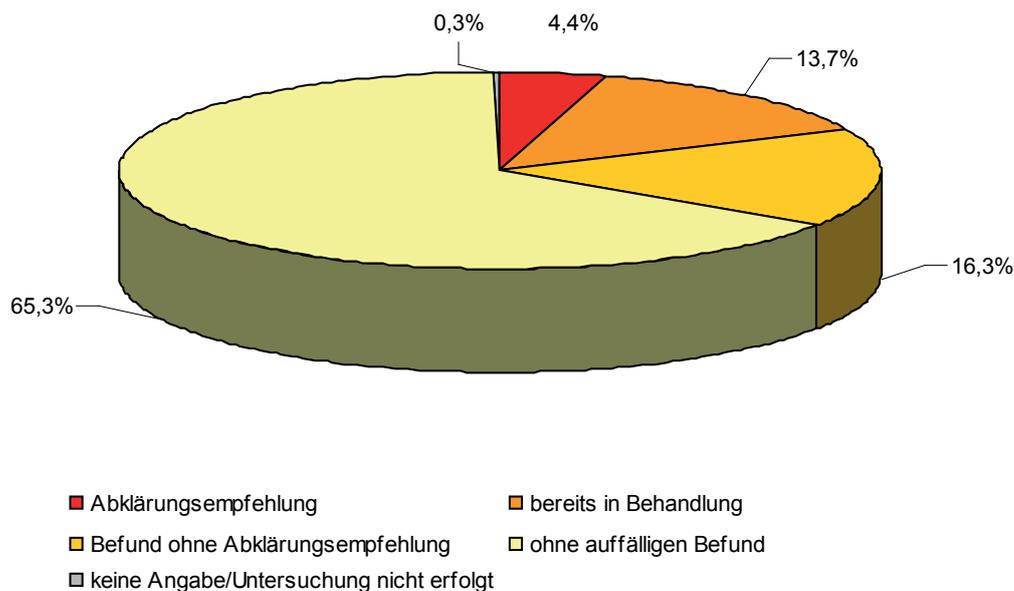


Abb. 5.7.1 Sprachvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753

Bei der Schuleingangsuntersuchung 2010 wurden insgesamt 69.753 Kinder anhand des Prüfboogens zu möglichen Sprachauffälligkeiten untersucht. Die Auswertung der Daten ergab bei fast zwei Dritteln (65,3 %) der Kinder einen unauffälligen Befund und bei 16,3 % wurde ein leicht auffälliger Befund ermittelt, der jedoch keine weitere fachspezifische Abklärung erforderlich machte. 13,7 % der Kinder befanden sich bereits in einer sprachtherapeutischen Maßnahme und 4,4 % wurden zur weiteren Abklärung des Befunds an eine/n Fachärztin/-arzt überwiesen. Für 0,3 % der Schulanfänger/innen wurde keine Angabe zum Sprachvermögen gemacht (vgl. Abb. 5.7.1).

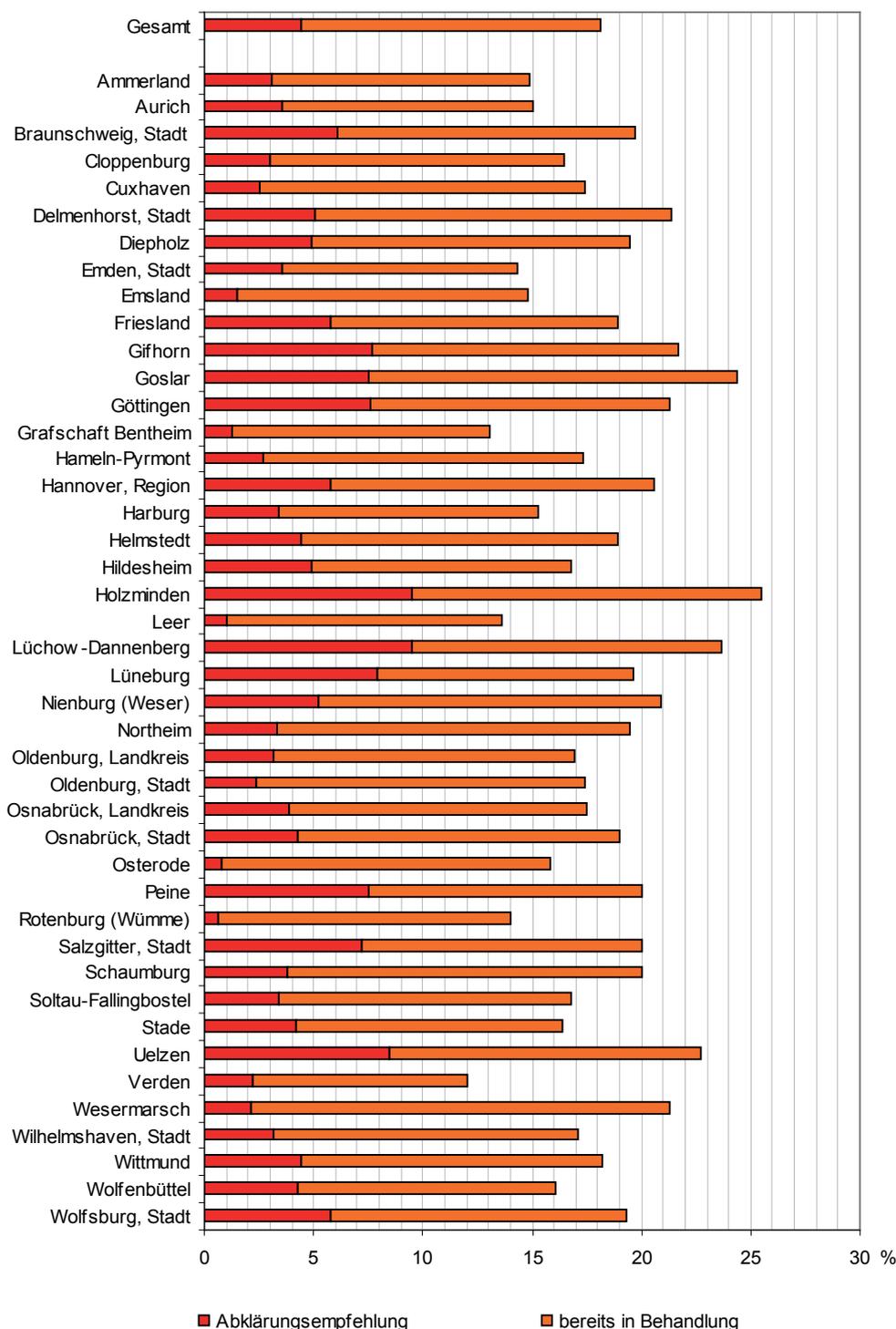


Abb. 5.7.2 Sprachvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753

Die Auswertungsergebnisse zum Sprachvermögen variieren auf regionaler Ebene (vgl. Abb. 5.7.2): Mindestens 0,6 % und höchstens 9,5 % der Schulanfänger/innen erhielten eine Empfehlung für eine weitergehende Abklärung, zwischen 9,8 % und 19,2 % der Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits in sprachtherapeutischer Behandlung.

In ländlichen Regionen kann ein erhöhter Anteil abklärungsbedürftiger Befunde eventuell dadurch erklärt werden, dass eine fachärztliche Unterversorgung herrscht und somit im Vorfeld zur Schuleingangsuntersuchung seltener entsprechende Untersuchungen/Behandlungen zur Sprachentwicklung durchgeführt worden sind. In anderen Regionen trifft möglicher Weise genau das

Gegenteil zu: Durch ein Überangebot der Versorgung könnte eine besondere Sensibilität für das Thema bestehen und eine Vielzahl der Kinder sind zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits in sprachtherapeutischer Behandlung.

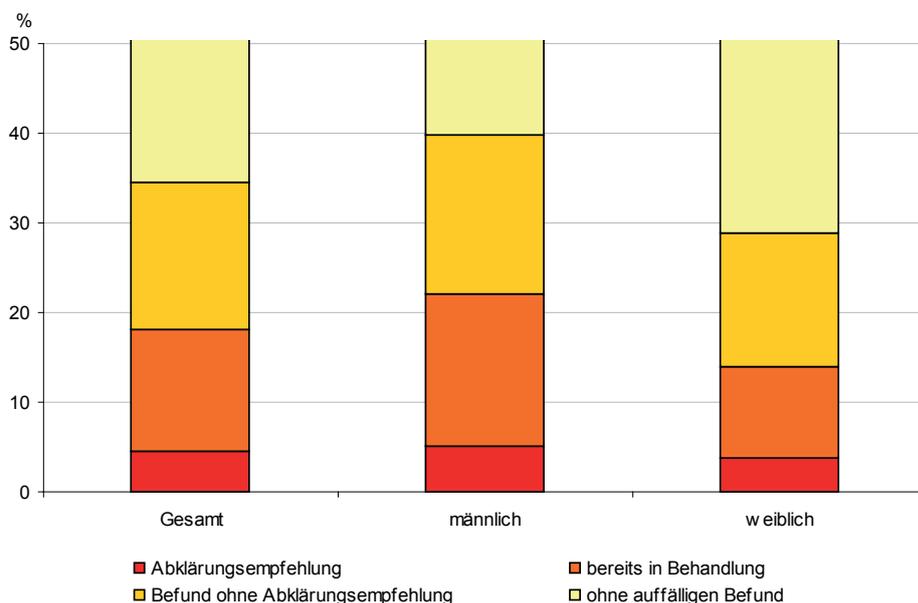


Abb. 5.7.3 Sprachvermögen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.492

Bezogen auf das Sprachvermögen sind Mädchen bei der Schuleingangsuntersuchung den Jungen deutlich überlegen (vgl. Abb. 5.7.3). Bei 5,1 % der Jungen und 3,8 % der Mädchen wurde empfohlen, eine weitere Abklärung des Befundes vornehmen zu lassen. 17,0 % der Jungen und 10,2 % der Mädchen befanden sich bereits in Behandlung. Darüber hinaus wurden bei Jungen mit 17,6 % mehr leicht auffällige Befunde ohne Abklärungsempfehlung dokumentiert als bei Mädchen (14,9 %).

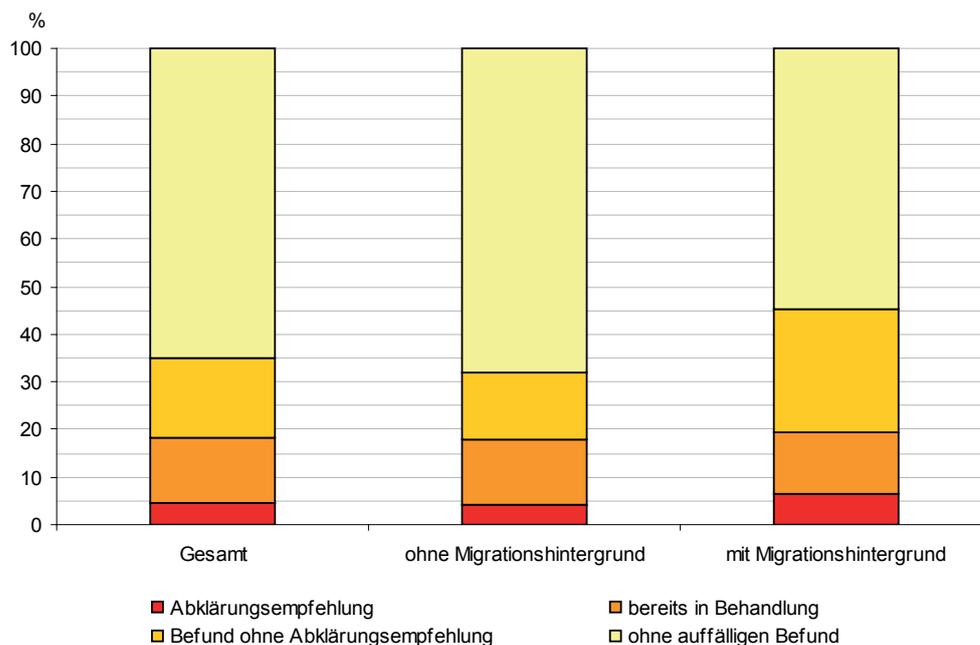


Abb. 5.7.4 Sprachvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.549

Auch der Migrationshintergrund spielt eine Rolle hinsichtlich des Sprachvermögens (vgl. Abb. 5.7.4). Insgesamt wiesen 19,4 % der untersuchten Kinder mit und 18,1 % der Kinder ohne Migrationshintergrund Beeinträchtigungen ihres Sprachvermögens („Abklärungsempfehlung“ und „bereits in Behandlung“) auf.

Der Anteil der Befunde, die einer weiteren Abklärung bedurften, war bei Kindern mit Migrationshintergrund (6,4 %) höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (4,1 %). Bereits in Behandlung befanden sich 13,0 % der Kinder mit und 14,0 % der Kinder ohne Migrationshintergrund. Ein leicht auffälliger Befund ohne Abklärungsempfehlung wurde für 26,0 % der Kinder mit und für 13,8 % der Kinder ohne Migrationshintergrund dokumentiert.

Somit zeigten nur etwas über die Hälfte der Kinder (54,6 %) mit einem familiären Migrationshintergrund eine unauffällige Sprachentwicklung, während in der Gruppe der Schulanfängerinnen und -anfänger ohne Migrationshintergrund für über zwei Drittel (68,1 %) keine Beeinträchtigung ihres Sprachvermögens festgestellt wurde.

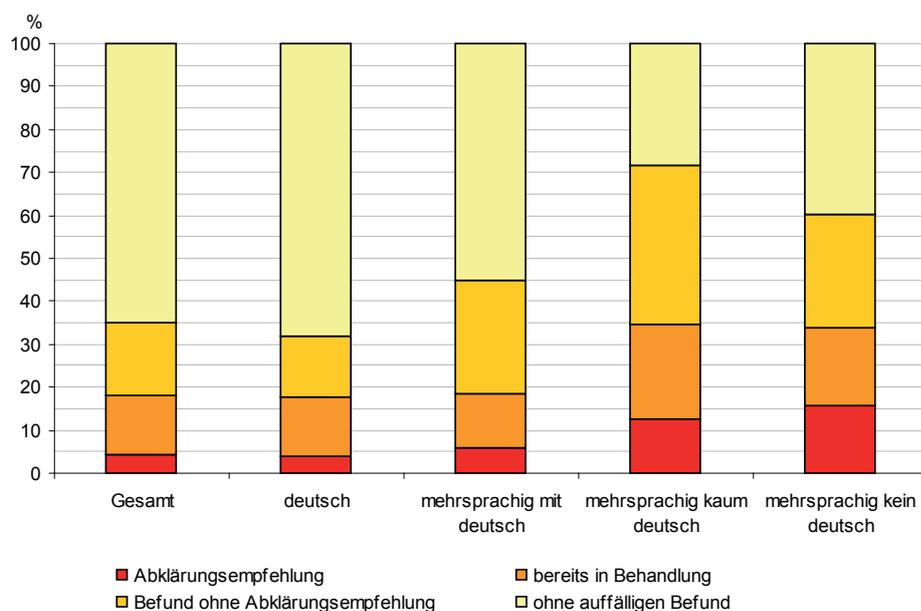


Abb. 5.7.5 Sprachvermögen / Familiensprache, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.035

Zwischen der in der Familie gesprochenen Sprache und Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung sind deutliche Korrelationen zu erkennen (vgl. Abb. 5.7.5). Der Anteil der Kinder mit guten Deutschkenntnissen, deren Befunde einer weiteren ärztlichen Abklärung bedurften, lag bei 4,0 % (deutsch) bzw. 5,9 % (mehrsprachig mit deutsch). Deutlich höher war der Anteil an Abklärungsempfehlungen in der Gruppe der Kinder, die über eingeschränkte bzw. keine Deutschkenntnisse verfügten (geringe Deutschkenntnisse: 12,7 %, keine Deutschkenntnisse: 15,7 %). In fachärztlicher Behandlung befanden sich 13,8 % der Kinder mit Familiensprache Deutsch, 12,6 % der mehrsprachigen Kinder mit guten Deutschkenntnissen, 21,8 % der mehrsprachigen Kinder mit eingeschränkten Deutschkenntnissen und 18,1 % der Kinder, mit denen eine Kommunikation in deutscher Sprache nicht möglich war.

Tab. 5.7.5a Sprachvermögen / Familiensprache, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.035

Familiensprache	bereits in Behandlung absolut (%)	Abklärungsempfehlung absolut (%)	Σ (bereits in Behandlung + Abklärungsempfehlung)	Relation $\frac{\text{Abklärungsempfehlung}}{\text{bereits in Behandlung}}$
deutsch (n = 49.519)	6.853 (77,5 %)	1.987 (22,5 %)	8.840	0,3
mehrsprachig mit deutsch (n = 11.366)	1432 (68,1 %)	671 (31,9 %)	2.103	0,5
mehrsprachig kaum deutsch (n = 1.067)	233 (63,3 %)	135 (36,7 %)	368	0,6
mehrsprachig kein deutsch (n = 83)	15 (53,6 %)	13 (46,4 %)	28	0,9
Gesamt (n = 62.035)	8533 (75,3 %)	2806 (24,7 %)	11.339	0,3

Bemerkenswert ist zudem die je nach Familiensprache unterschiedliche Relation der bereits in Behandlung befindlichen Kinder zu jenen, die zur Abklärung an eine/n Fachärztin /-arzt überwiesen werden (vgl. Tab. 5.7.5a). Von den Kindern mit auffälligen Befunden, hatten jene, die einsprachig deutsch aufwuchsen, bereits zu mehr als drei Vierteln (77,5 %) eine Behandlung begonnen. Von

den mehrsprachig mit deutsch aufgewachsenen Kindern waren gut zwei Drittel (68,1 %) bereits in therapeutischer Betreuung, bei Kindern mit geringen Deutschkenntnissen lag der Anteil etwas darunter (63,3 %). Nur noch etwas mehr als die Hälfte (53,6 %) der auffälligen Kinder ohne Deutschkenntnisse befanden sich in sprachtherapeutischer Behandlung. Hier ist allerdings zu beachten, dass die Fallzahl sehr gering war und es sich daher um eine Zufallsschwankung handeln könnte.

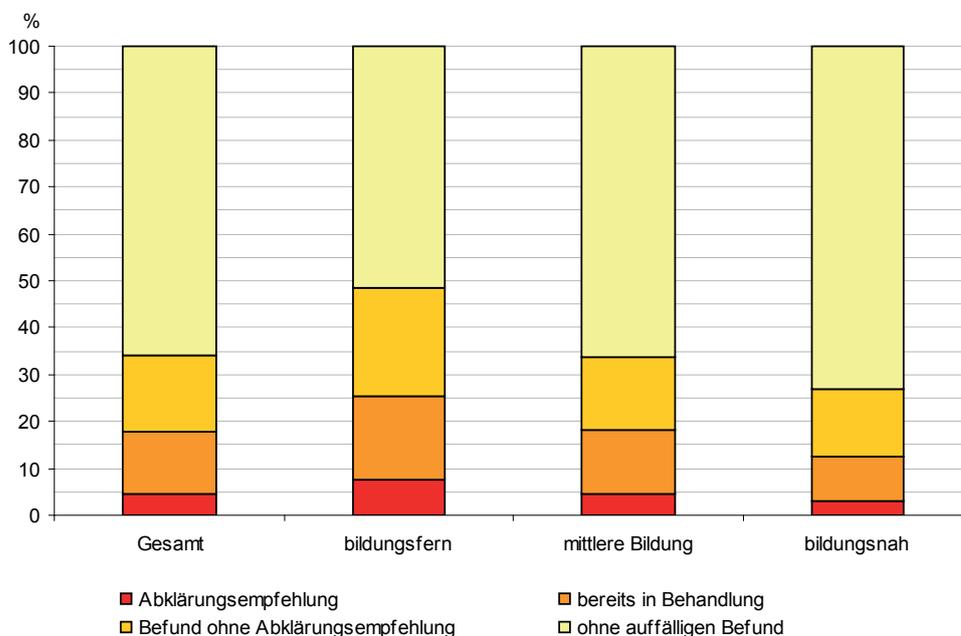


Abb. 5.7.6 Sprachvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.806

Zwischen der Bildung der Eltern und dem Sprachvermögen kann eine Korrelation beobachtet werden (vgl. Abb. 5.7.6). Die Datenauswertung ergab eine zunehmende Anzahl an Auffälligkeiten, die einer weitergehenden Abklärung bedurften, mit abnehmendem Bildungsniveau des Elternhauses: 2,9 % bei Kindern aus bildungsnahen Familien, 4,5 % bei Kindern aus Familien mit mittlerer Bildung und 7,6 % bei Kindern, deren Eltern als bildungsfern einzustufen waren. Gleiches galt für den prozentualen Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder: 9,6 % (bildungsnah), 13,7 % (mittlere Bildung) und 18,0 % (bildungsfern). Nur etwas mehr als die Hälfte (51,5 %) der Kinder aus bildungsfernen Familien wies keine Beeinträchtigung des Sprachvermögens auf, während bei fast drei Viertel (72,9 %) der Kinder aus bildungsnahen Familien keine Einschränkung des Sprachvermögens gesehen wurde.

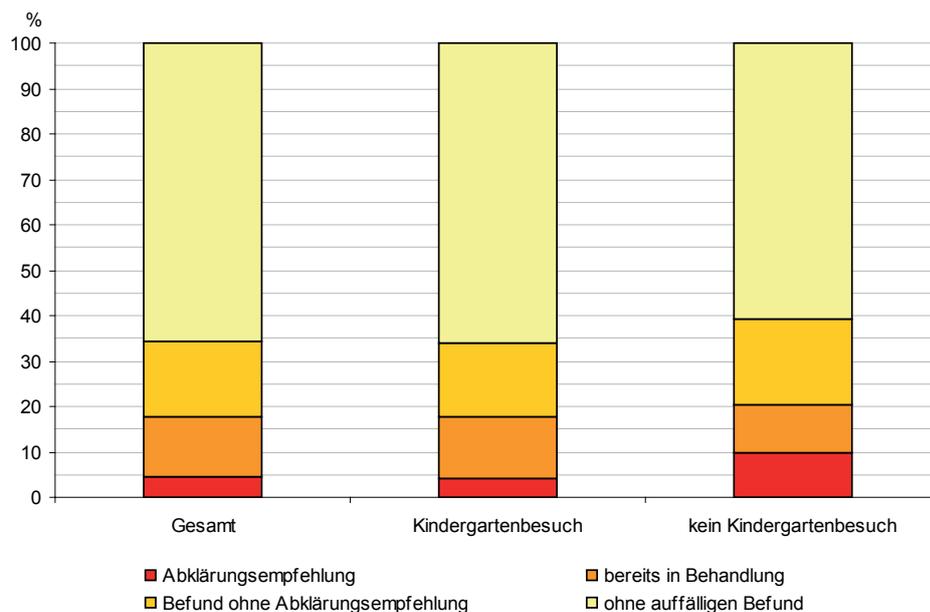


Abb. 5.7.7 Sprachvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.836

Ein Zusammenhang zwischen Kindergartenbesuch und Sprachvermögen kann ebenfalls gesehen werden (vgl. Abb. 5.7.7); so deuten die Daten auf einen positiven Zusammenhang von Kindergartenbesuch und Sprachentwicklung hin: Kindern, die einen Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung besucht haben, wurde deutlich seltener eine Abklärung empfohlen (4,3 %) als Kindern, die nicht im Kindergarten waren (10,0 %). Zudem ist zu vermuten, dass der Kindergartenbesuch eine Rolle bei der frühzeitigen Feststellung und Behandlung von Sprachauffälligkeiten spielt: Bei Kindern, die einen Kindergarten besucht haben, lag der Anteil derer, die sich bereits in Behandlung befanden, mit 13,6 % höher als in der Vergleichsgruppe, die keine Kinderbetreuungseinrichtung besucht hatten (10,4 %). Es ist davon auszugehen, dass der Besuch des Kindergartens zum einen die Sprachfertigkeiten der Kinder schult und zum anderen, dass die Erzieher/-innen die Eltern frühzeitig auf Sprachauffälligkeiten aufmerksam machen, was eine frühzeitige Intervention zur Folge haben kann.

5.8 Grobmotorische Entwicklung

lichtung
manche meinen
lechts und rinks
könne man nicht velwechsern.
werch ein illtum.

Ernst Jandl, österreichischer Schriftsteller, 1925 - 2000



Übung zum Gleichgewicht.

Bei den Untersuchungen zur Grobmotorik wird die Körperkoordination (z. B. Laufen, Hüpfen, Springen) geprüft. Die für diese Aktivitäten erforderlichen diagonal entgegengesetzten Bewegungen von Armen und Beinen beeinflussen die Entwicklung und das Zusammenspiel beider Gehirnhälften und sind somit auch für das Erlernen von Lesen und Schreiben wichtig. Insofern ist eine altersgerecht entwickelte Grobmotorik nicht nur für eine erfolgreiche Teilnahme am Sportunterricht von Bedeutung.

Als Ursachen bzw. Risikofaktoren für Störungen der Grobmotorik werden neben genetischen und biologischen Dispositionen (z. B. niedriges Geburtsgewicht) die veränderten Lebensstile, -räume und -bedingungen für Kinder angesehen.

Bei der Schuleingangsuntersuchung werden die Kinder zur Überprüfung ihrer Grobmotorik aufgefordert, verschiedene Bewegungsübungen wie Einbeinstand, Hüpfen und seitliches Überhüpfen einer Linie durchzuführen. Damit werden die Koordinationsfähigkeiten und das Gleichgewichtsempfinden der Kinder überprüft.

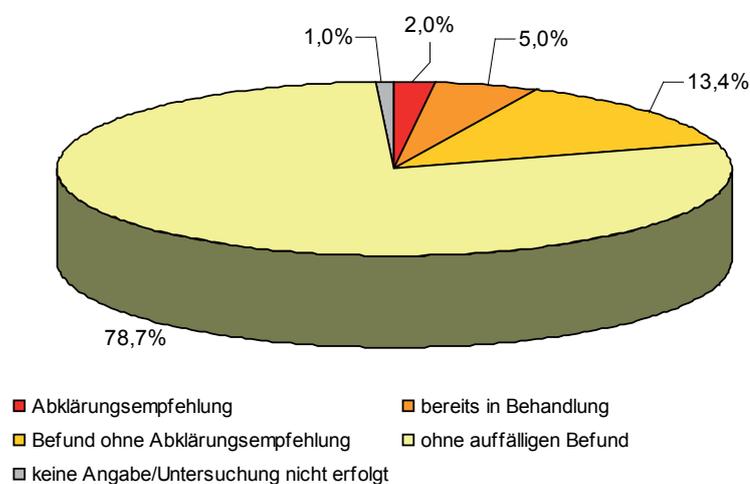


Abb. 5.8.1 Grobmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296

Bei 78,7 % der 66.296 in Niedersachsen untersuchten Kinder wurde 2010 kein auffälliger Befund festgestellt. Ein leicht auffälliger Befund, der jedoch keine Abklärungsempfehlung erforderlich machte war bei 13,4 % der Kinder zu beobachten. 5,0 % der Kinder befanden sich bereits in Behandlung, und bei 2,0 % wurde eine Abklärung des Befunds empfohlen (vgl. Abb. 5.8.1).

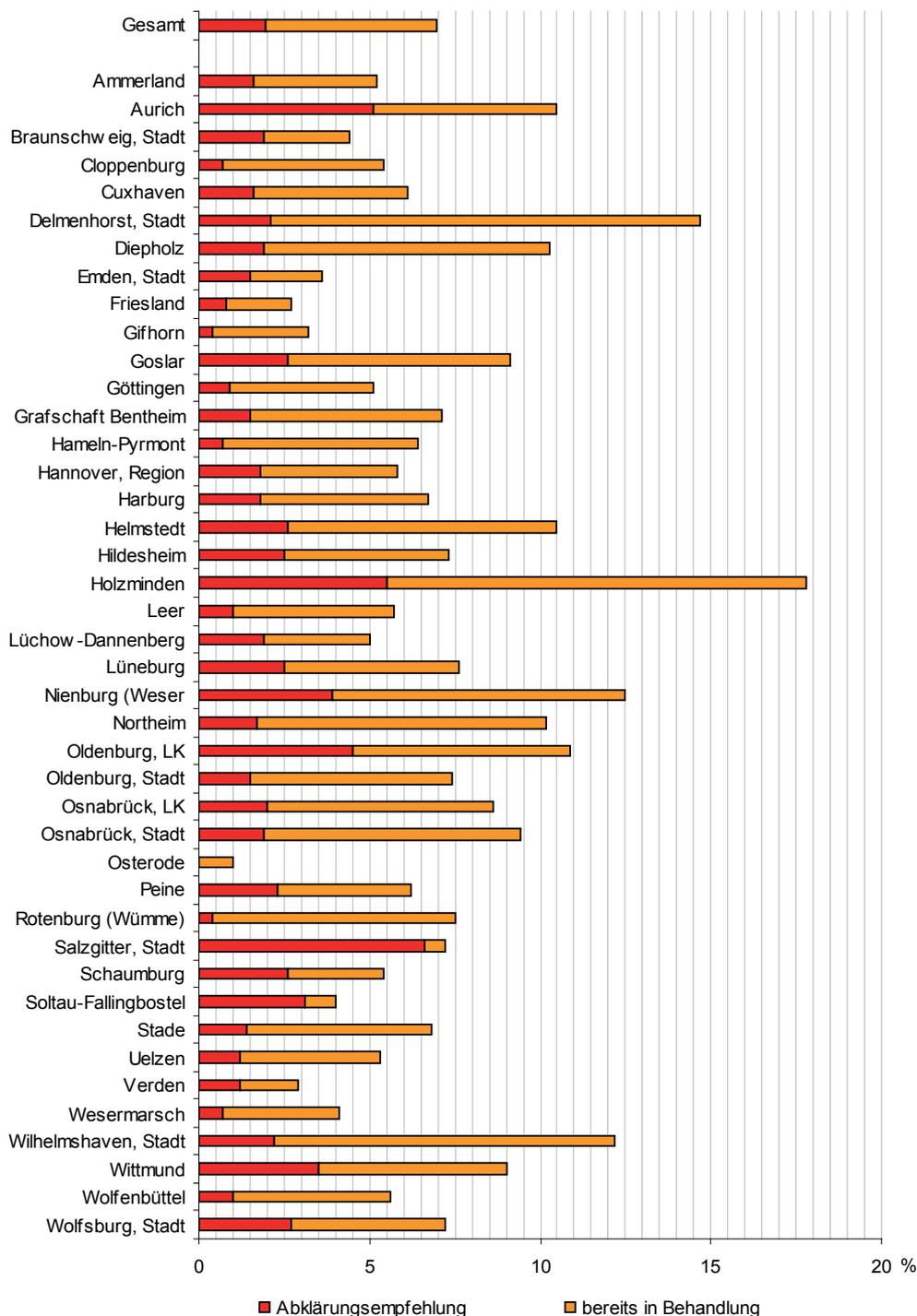


Abb. 5.8.2 Grobmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296

Die Spannweite der Befunde für eine Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung reichte bei den Landkreisen/kreisfreien Städten von 0,0 % bis 6,6 %. Bereits in Behandlung befanden sich zwischen 0,6 % und 12,6 % der Kinder (vgl. Abb. 5.8.2).

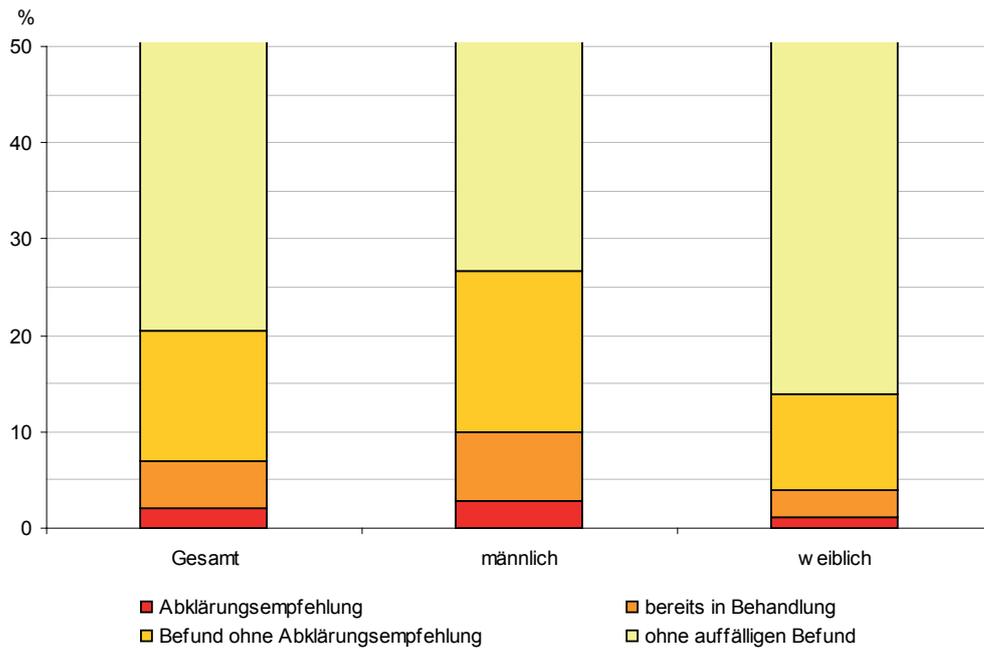


Abb. 5.8.3 Grobmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.640

Unterschiede lassen sich hinsichtlich der Verteilung der Befunde nach Geschlecht feststellen (vgl. Abb. 5.8.3). Mädchen schnitten gegenüber Jungen in allen Befundkategorien deutlich besser ab: Während bei 2,8 % der Jungen eine weitere Abklärung der Grobmotorik empfohlen wurde, betrug der Anteil der Mädchen hier nur 1,1 %. Mehr als doppelt so viele Jungen (7,0 %) wie Mädchen (2,9 %) befanden sich aufgrund von Förderungsbedarf in der grobmotorischen Entwicklung bereits in Behandlung. Bei 16,8 % der Jungen und 9,9 % der Mädchen wurde ein leicht auffälliger Befund diagnostiziert, jedoch keine Maßnahme zur weiteren Abklärung angeraten.

Ob ein Kind über einen Migrationshintergrund verfügte oder nicht, schien weniger relevant für die Untersuchungsergebnisse zu sein. Bei 1,9 % der Kinder ohne und bei 2,3 % der Kinder mit Migrationshintergrund wurde eine abklärungsbedürftige grobmotorische Beeinträchtigung festgestellt. Bereits in Behandlung befanden sich 5,3 % der Kinder ohne und 3,8 % der Kinder mit Migrationshintergrund.

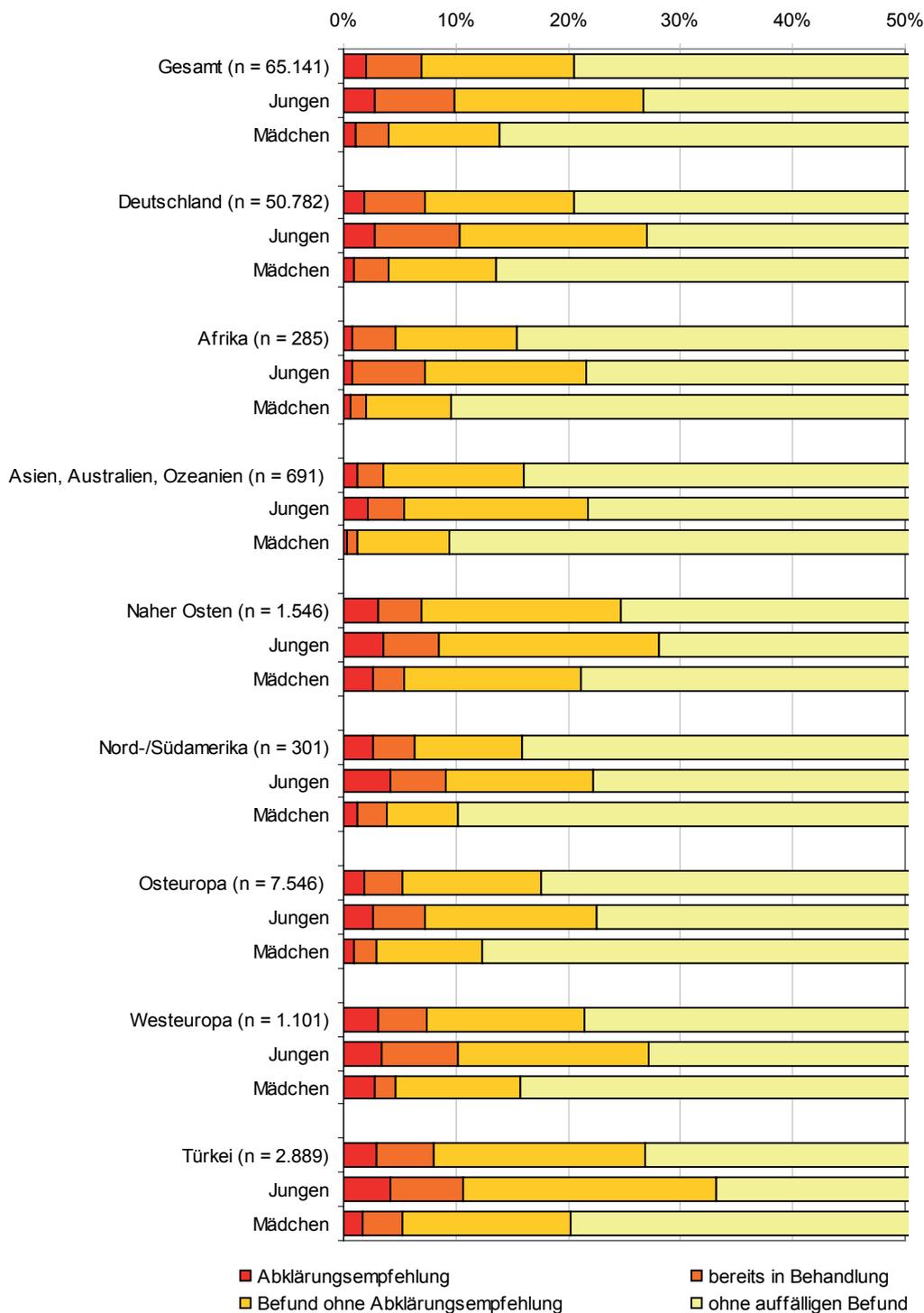


Abb. 5.8.4 Grobmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.141

Bei genauerer Betrachtung der jeweiligen Herkunftsregionen der Kinder zeigen sich deutlichere Unterschiede (vgl. Abb. 5.8.4): So hatten Kinder afrikanischer Herkunft nur in 0,7 % der Fälle eine Abklärungsempfehlung, während das bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern aus dem Nahen Osten und Westeuropa (ohne Deutschland) jeweils zu 3,1 % der Fall war. Bereits in Behandlung befanden sich zwischen 2,2 % (Asien, Australien, Ozeanien) und 5,3 % (Deutschland) der Kinder. Der Anteil der festgestellten leicht auffälligen Befunde ohne Abklärungsempfehlung lag zwischen 9,6 % (Nord-/Südamerika) und 18,8 % (Türkei).

Deutlich sind auch bei der Betrachtung der jeweiligen Herkunftsregionen die bereits erwähnten geschlechtsspezifischen Unterschiede zu sehen.

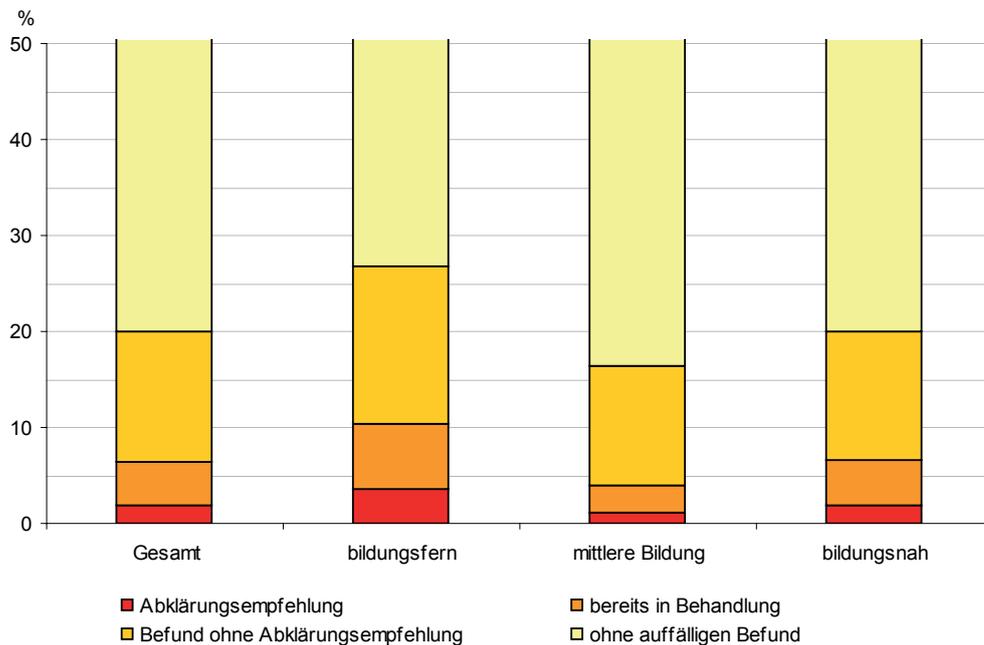


Abb. 5.8.5 Grobmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.525

Bezogen auf die Ausbildung der Eltern zeigt sich ein Zusammenhang mit der grobmotorischen Entwicklung der Kinder (vgl. Abb. 5.8.5). Kinder aus Haushalten mit mittlerer Bildung wiesen das geringste Risiko auf, grobmotorisch nicht altersgerecht entwickelt zu sein: Bei 83,6 % wurde kein auffälliger Befund festgestellt, bei 12,4 % wurde ein leicht auffälliger Befund festgestellt, der aber keine Abklärungsempfehlung nach sich zog; 2,9 % der Kinder befanden sich bereits in Behandlung und für 1,1 % wurde die Empfehlung für eine weitergehende Abklärung ausgesprochen. Kinder, die in bildungsfernen Haushalten aufwuchsen, waren zu 73,3 % ohne auffälligen Befund und bei 16,4 % wurde ein Befund ohne Abklärungsempfehlung diagnostiziert. Auch der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder (6,8 %) und der Abklärungsempfehlungen (3,5 %) war in dieser Gruppe am größten. Die Befunde für Kinder aus bildungsnahen Familien weichen kaum vom Landesdurchschnitt ab.



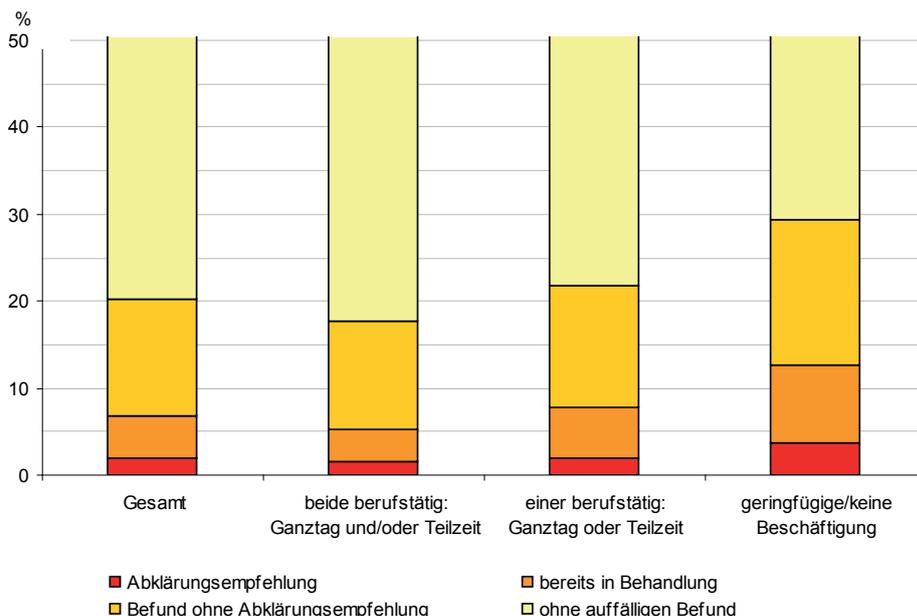


Abb. 5.8.6 Grobmotorik / Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 54.297

Zwischen der beruflichen Situation der Eltern und den Untersuchungsergebnissen zeigt sich ein Zusammenhang (vgl. Abb. 5.8.6). Etwas unterdurchschnittlich waren die Ergebnisse für Kinder von Eltern, die beide berufstätig (Vollzeit und Teilzeit) waren: Hier wurde für 1,6 % (Landesdurchschnitt: 1,9 %) der Kinder eine Abklärungsempfehlung dokumentiert und 3,7 % (Landesdurchschnitt: 4,8 %) der Kinder befanden sich bereits in ärztlicher Behandlung. Bei Kindern von Eltern mit geringfügiger oder keiner Beschäftigung wurden fast doppelt so häufig wie im Landesdurchschnitt Abklärungsempfehlung ausgegeben: 8,8 % dieser Kinder wurden zur weiteren Abklärung an eine/n niedergelassene/n Ärztin/Arzt weiter überwiesen und 3,8 % befanden sich bereits in Behandlung.

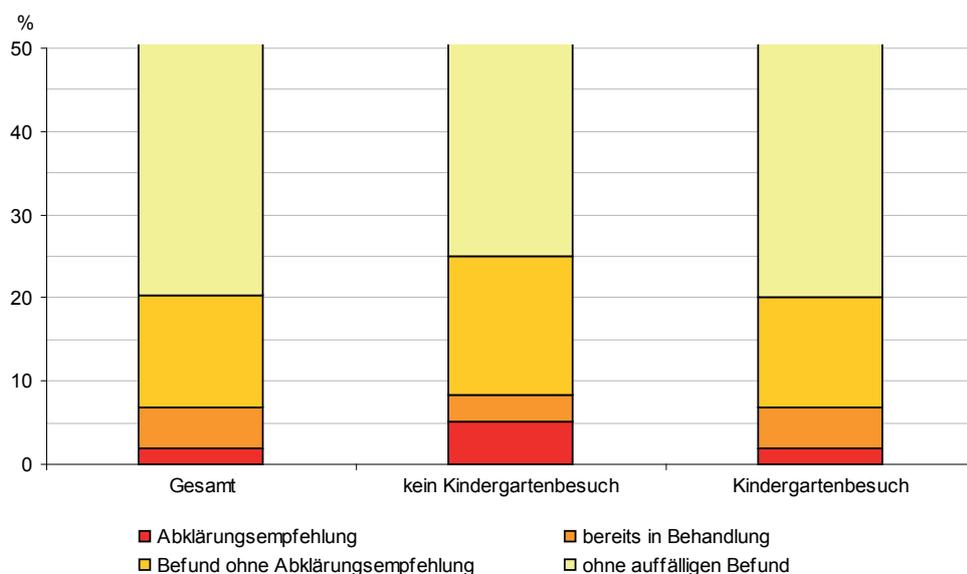


Abb. 5.8.7 Grobmotorik / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.012

Der Besuch eines Kindergartens ist mit positiveren Ergebnissen hinsichtlich der grobmotorischen Entwicklung der untersuchten Kinder assoziiert (vgl. Abb. 5.8.7). Bei Kindern, die keinen Kindergarten besucht haben, wurde für 5,1 % eine Empfehlung zur Abklärung der grobmotorischen

Entwicklung ausgesprochen. Demgegenüber wurde weniger als der Hälfte der Kinder, die einen Kindergarten besucht haben, eine Abklärung empfohlen (1,9 %). Der Anteil der Kinder, die sich bereits in Behandlung befanden, war bei den Kindern, die einen Kindergarten besucht haben höher (4,8 %) als bei der Gruppe der Kinder, die nicht im Kindergarten waren (3,2 %). Diese Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass grobmotorische Entwicklungsverzögerungen im Zweifelsfall bei Kindern, die einen Kindergarten besucht hatten, früher erkannt und ggf. behandelt wurden. Auch ist zu vermuten, dass der Besuch eines Kindergartens die grobmotorischen Fähigkeiten der Kinder fördert.

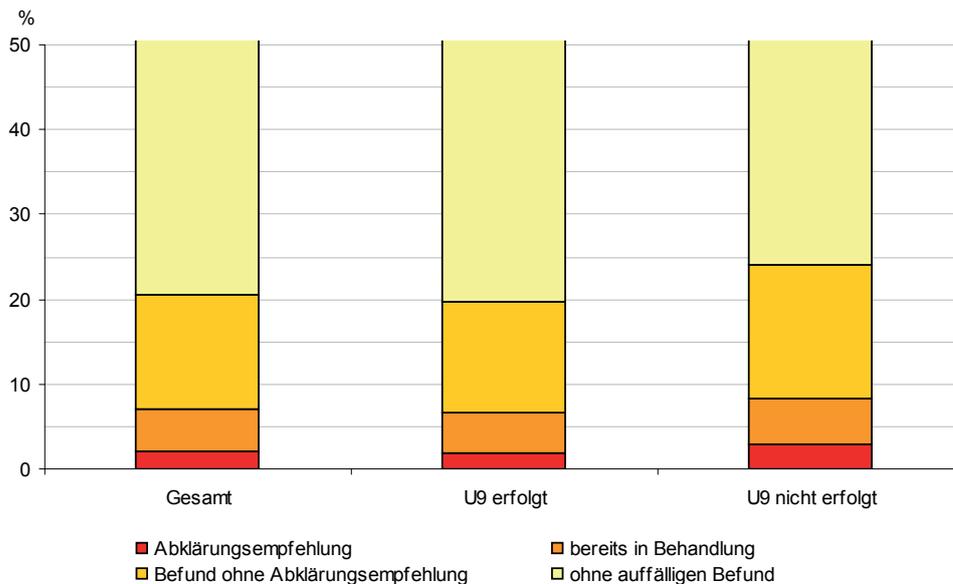


Abb. 5.8.8 Grobmotorik / Teilnahme U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.663

Bei der Betrachtung der Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U9 zeigt sich, dass die Kinder, die an der U9 teilgenommen haben, verglichen mit den Kindern, die nicht bei der U9 waren, hinsichtlich ihrer grobmotorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem höheren Prozentsatz altersgerecht entwickelt sind (vgl. Abb. 5.8.8). 80,3 % der Kinder, die bei der U9 waren, zeigten keinen auffälligen Befund, bei 13,0 % wurde ein Befund ohne Abklärungsempfehlung festgestellt. 4,9 % der Kinder befanden sich bereits in Behandlung und 1,8 % wurde eine Abklärung des Befunds geraten. Demgegenüber waren 76,0 % der Kinder, die nicht an der U9 teilgenommen haben, ohne auffälligen Befund; ein Befund ohne Abklärungsempfehlung wurde für 15,6 % dokumentiert, 5,4 % befanden sich bereits in Behandlung und 3,0 % der Kinder wurde eine weitere Abklärung des festgestellten Befunds empfohlen.

5.9 Feinmotorische Entwicklung



„Stifte stecken“

Der Bereich Feinmotorik/Graphomotorik wird getrennt von der Grobmotorik/ Ganzkörperkoordination beurteilt. Die Feinmotorik beschreibt die Handmotorik, die Gesichtsmotorik (Mimik und Mundmotorik) sowie die Fuß-/Zehenmotorik.

In der Schuleingangsuntersuchung wird verstärkt Wert auf die Handmotorik gelegt. Die Untersuchung soll dokumentieren, ob Entwicklungsverzögerungen der Hand-Auge-Koordination und/oder der Graphomotorik (Stifthaltung) bestehen. Es werden folgende Tests durchgeführt:

- Beurteilung der Malstifthaltung und Kraftdosierung bei der Durchführung des visuomotorischen Schulreifetests (VSRT) nach Esser/Stöhr (Hogrefe Verlag): Zeichnen eines Menschen und Fortsetzung des Musters einer begonnenen Figurenreihe

- Stifte stecken: in schnellst möglicher Zeit müssen Stifte in eine waagrecht angebrachte Lochleiste gesteckt werden
- Finger-Daumen-Oppositionsversuch (fakultativ)

Störungen in der Feinmotorik können bei Aktivitäten wie Zeichnen oder Schreiben zu Leistungseinbußen in der Schule führen. Ein festgestellter Mangel an feinmotorischen Fähigkeiten kann im familiären Umfeld gut und gezielt gefördert werden und bedarf nicht unbedingt der ärztlichen Anleitung. Daher ist es besonders wichtig, nicht altersentsprechende ausgeprägte feinmotorische Fähigkeiten möglichst früh zu erkennen und zu stärken.

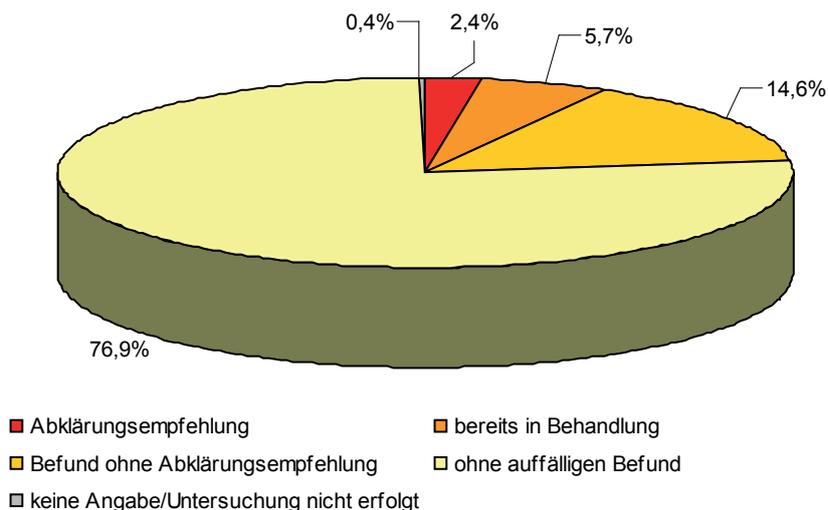


Abb. 5.9.1 Feinmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296

Nach Datenlage zeigten mehr als drei Viertel der untersuchten Kinder des Untersuchungsjahres 2010 feinmotorisch keinen auffälligen Befund (76,9 %), bei weiteren 14,6 % wurde ein leicht auffälliger Befund festgestellt, der jedoch keiner weiteren ärztlichen Abklärung bedurfte. 5,7 %

der Kinder waren bereits in Behandlung und 2,4 % der Kinder wurde eine weitere Abklärung empfohlen (vgl. Abb. 5.9.1).

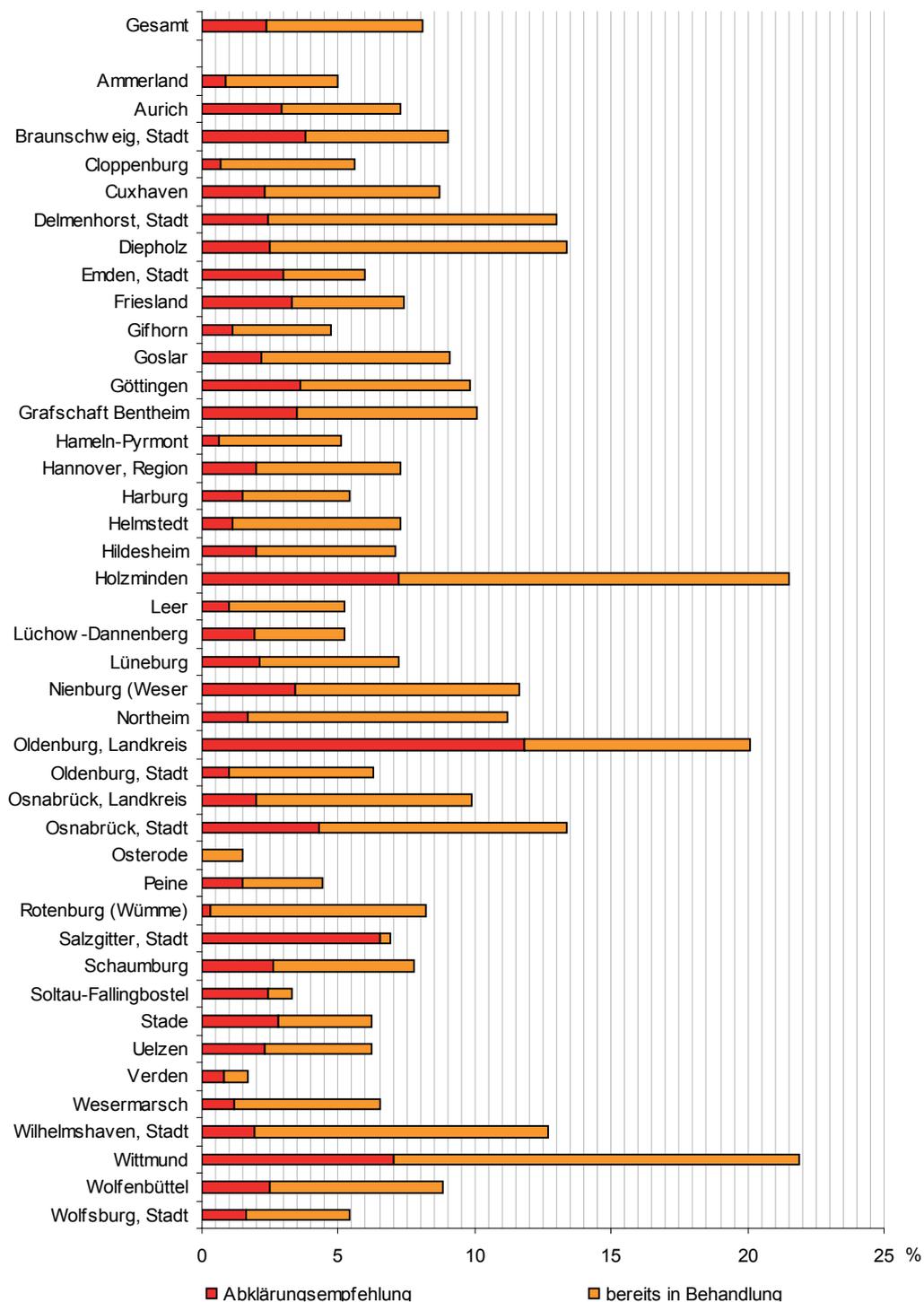


Abb. 5.9.2 Feinmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296

Landesweit wurde für 2,4 % der 66.296 untersuchten Kinder eine weitergehende Abklärung der feinmotorischen Entwicklung empfohlen, die Spannweite lag zwischen 0,0 % und 11,8 %. Bereits in Behandlung befanden sich auf kommunaler Ebene zwischen 0,4 % und 14,9 % der Kinder (vgl. Abb. 5.9.2).

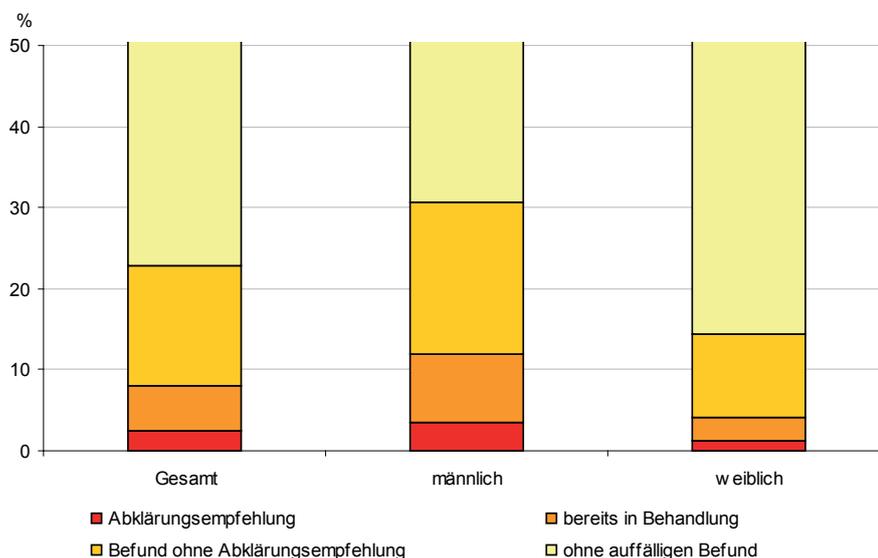


Abb. 5.9.3 Feinmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.018

Bei der Auswertung der Daten zur Feinmotorik fallen wie auch schon bei der Grobmotorik (vgl. Kap. 5.8) deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede auf (vgl. Abb. 5.9.3). Lediglich 1,1 % der Mädchen, aber mehr als dreimal so vielen Jungen (3,6 %), wurde empfohlen, eine weitergehende Abklärung durchführen zu lassen. Außerdem befanden sich mehr als doppelt so viele Jungen (8,3 %) wie Mädchen (3,0 %) bereits in Behandlung. Gleichfalls ist der Anteil der Jungen, bei denen ein leicht auffälliger Befund ohne weiteren Abklärungsbedarf dokumentiert wurde, deutlich höher (18,8 %) als der der Mädchen (10,2 %). Als ursächlich für diese Unterschiede können geschlechtsspezifisch unterschiedliche Entwicklungsverläufe vermutet werden. Zudem könnte es eine Rolle spielen, dass Mädchen bei ihrer Art zu spielen, feinmotorischen Fähigkeiten besser trainieren.

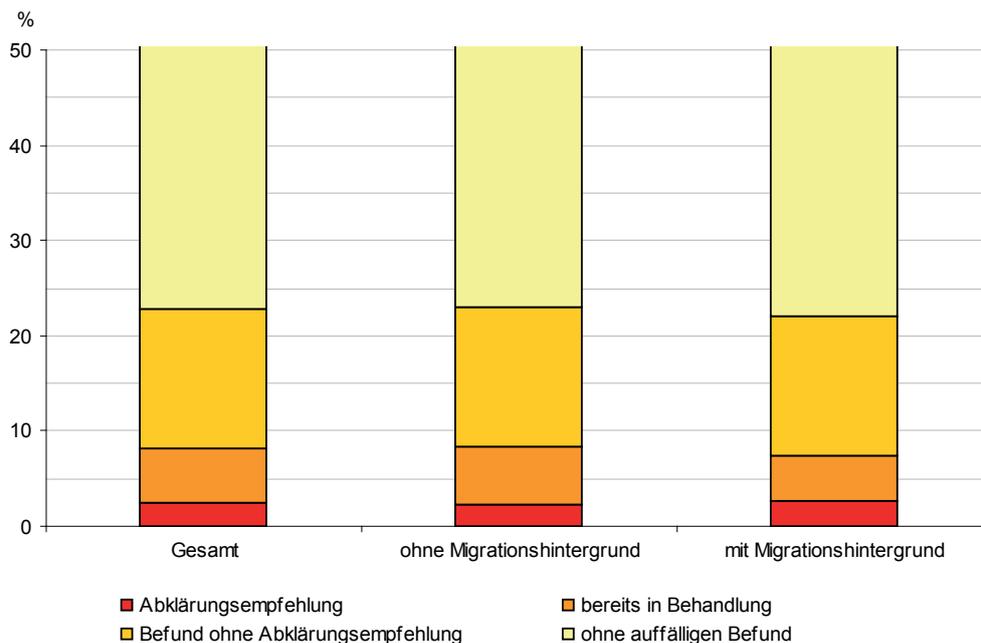


Abb. 5.9.4 Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.518

Die Auswertung der Daten deutet zunächst auf einen geringen Einfluss des Migrationshintergrunds auf die feinmotorischen Fähigkeiten der Schulanfängerinnen und -anfänger hin (vgl. Abb. 5.9.4). Der Anteil der Kinder, die eine Abklärungsempfehlung erhielten, lag bei Kindern ohne Migrationshintergrund bei 2,3 % bzw. 2,7 % bei Kindern mit Migrationshintergrund. Ein wenig größer war die Differenz bei den bereits in Behandlung befindlichen Schulanfängerinnen und Schulanfängern: 4,7 % der Kinder mit und 6,0 % der Kinder ohne Migrationshintergrund befanden sich in fachärztlicher Behandlung.

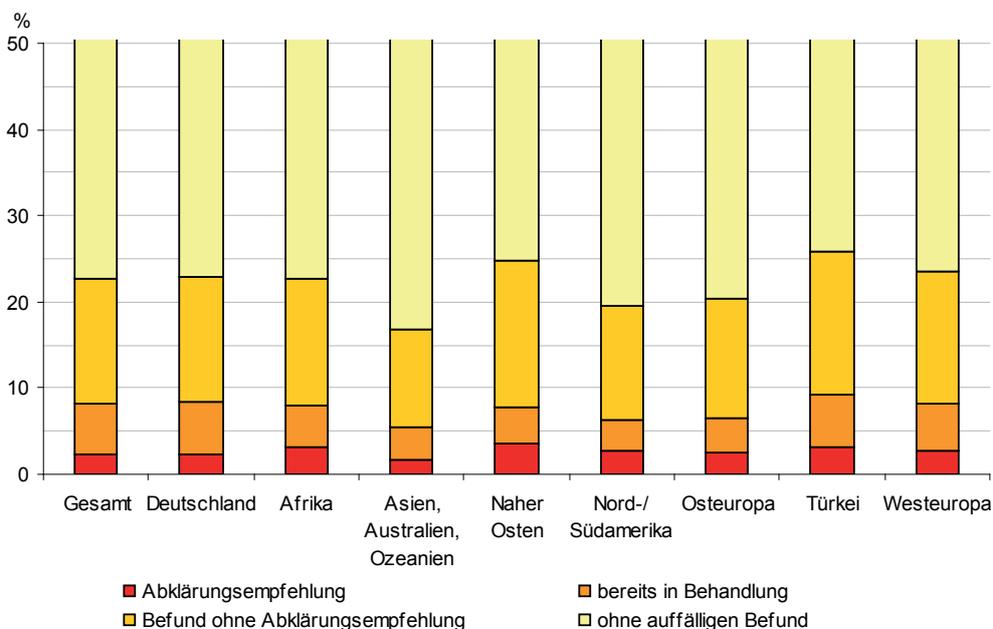


Abb. 5.9.5 Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.518

Betrachtet man die Untersuchungsergebnisse zur Feinmotorik differenzierter hinsichtlich der verschiedenen Herkunftsregionen, fallen Unterschiede auf (vgl. Abb. 5.9.5): Während Kinder mit Migrationshintergrund Asien, Australien und Ozeanien ($n = 692$) den geringsten Anteil an Abklärungsempfehlung hatten (1,6%), waren es bei Kindern mit Wurzeln im Nahen Osten ($n = 1.555$) mit 3,6 % mehr als doppelt so viele. Der Anteil der Kinder, die sich bereits in Behandlung befanden, lag je nach Herkunft zwischen 3,7 % (Nord-/Südamerika, $n = 301$) und 6,2 % (Türkei, $n = 2.897$).

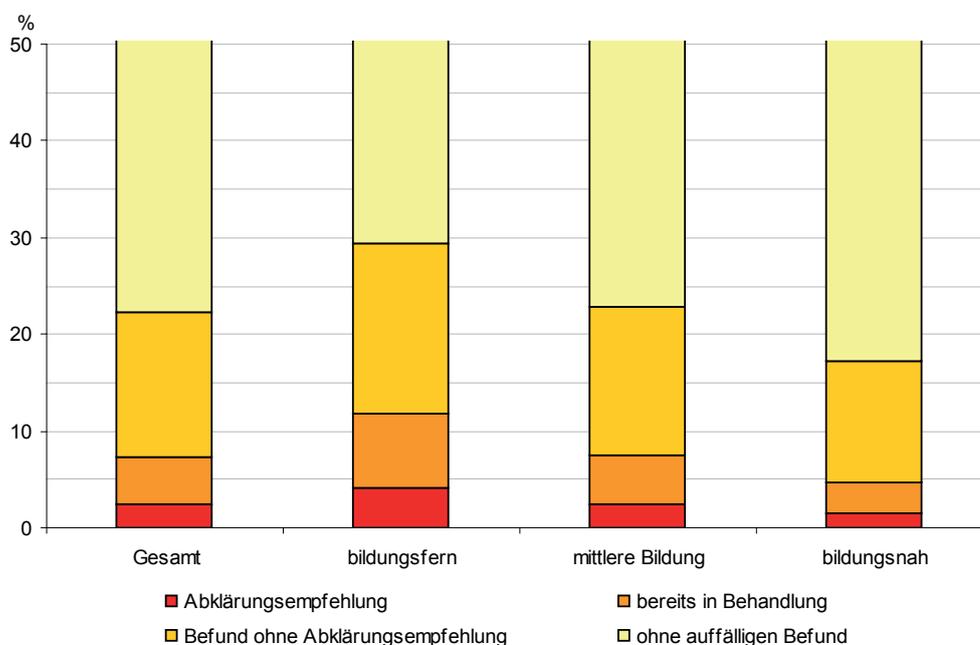


Abb. 5.9.6 Feinmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, $n = 44.783$

Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen den feinmotorischen Fähigkeiten und dem Ausbildungsgrad der Eltern (vgl. Abb. 5.9.6). Eine weitergehende Abklärung der feinmotorischen Entwicklung wurde für 1,5 % der Kinder bildungsnaher Eltern, für 2,3 % der Kinder von Eltern mit mittlerer Bildung und für 4,0 % der Kinder von bildungsfernen Eltern empfohlen. Bereits in Behandlung befanden sich 7,7 % der Schulanfängerinnen und -anfänger, die in bildungsfernen Haushalten aufwuchsen, 5,2 % der Kinder in Haushalten mit mittlerer Bildung und 3,1 % der Kinder aus bildungsnahen Elternhäusern. Etwas geringer fielen die Unterschiede bei den leicht auffälligen Befunden aus, die keine Abklärungsempfehlung nach sich zogen: Hier betragen die Anteile 17,6 % (bildungsfern), 15,3 % (mittlere Bildung) und 12,6 % (bildungsnah).

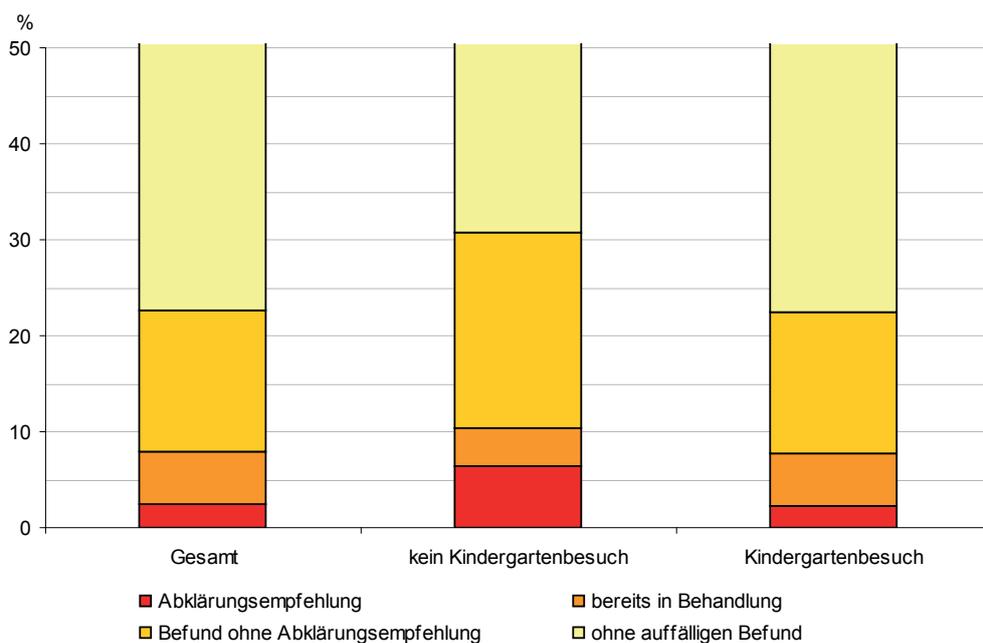


Abb. 5.9.7 Feinmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.354

Die Daten zeigen, dass die feinmotorische Entwicklung bei Kindern, die einen Kindergarten oder eine ähnliche Einrichtung besucht haben, häufiger altersentsprechend ist (vgl. Abb. 5.9.7). Während bei diesen Kindern nur in 2,3 % der Fälle eine Abklärung des Befunds empfohlen wurde, wurde denjenigen Kindern, die keinen Kindergarten besucht hatten, fast drei mal so häufig (6,5 %) eine weitergehende Abklärung empfohlen. Der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kindern war hingegen bei denen, die nicht im Kindergarten waren, niedriger (3,9 %) als bei denen, die einen Kindergarten besucht haben (5,5 %). Diese Ergebnisse geben Anlass zu der Vermutung, dass Kinder, die einen Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung besuchen, zum einen besser gefördert sind und zum anderen bei Defiziten frühzeitiger an eine Behandlung herangeführt werden.

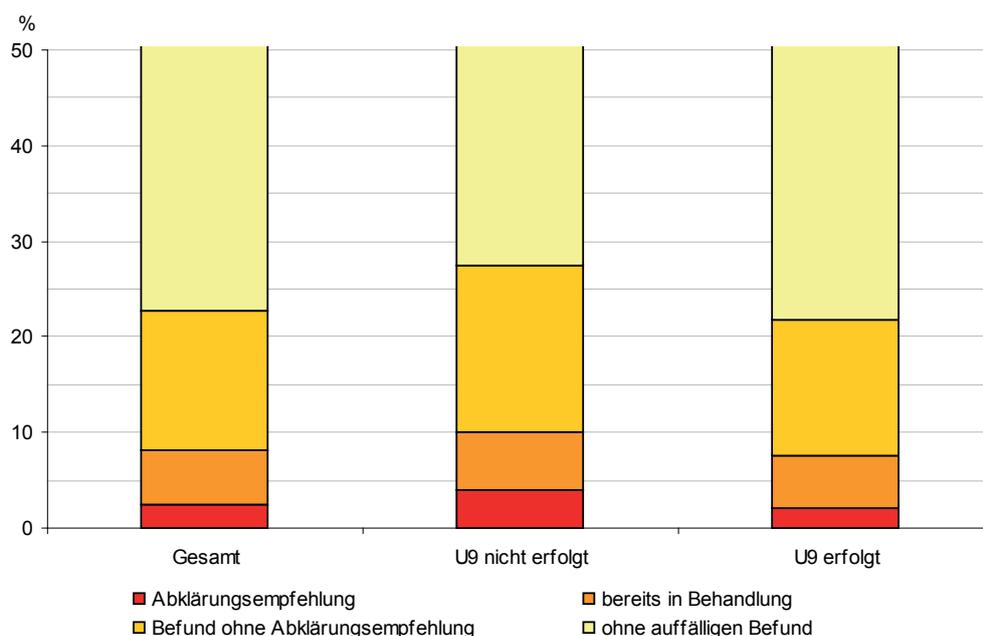
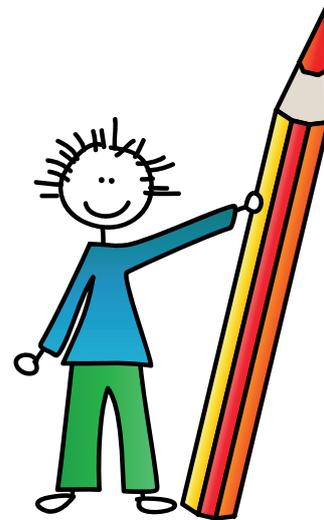


Abb. 5.9.8 Feinmotorische Entwicklung / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.042

Nach Datenlage schnitten die Kinder, bei denen die Vorsorgeuntersuchung U9 schon durchgeführt worden war, bei der Bewertung der feinmotorischen Fähigkeiten besser ab (vgl. Abb. 5.9.8). In dieser Gruppe wurde lediglich bei 2,1 % der Kinder eine weitere Abklärung des Befundes empfohlen. Fast doppelt so hoch (3,9 %) war hingegen der Anteil an Arztüberweisungen bei den Kindern, die nicht an der U9 teilgenommen hatten. Auch der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder sowie der leicht auffälligen Befunde ohne Abklärungsbedarf war bei Kindern, die nicht an der U9 teilgenommen hatten, etwas höher (bereits in Behandlung: 5,6 % bzw. 6,2 %, Befund ohne Abklärungsempfehlung: 14,0 % bzw. 17,3 %).



© clip - Fotolia.com

6 Schwerpunktthema: Psychische Gesundheit

Zielsetzung

Mit dem Schwerpunktthema „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen“ wird das Ziel verfolgt, über die psychische Gesundheit und bei Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen zu informieren und möglichen Handlungsbedarf im Bereich der Prävention und Versorgung offen zu legen.

Zuverlässige Daten über die Prävalenz (das Vorkommen) und die Behandlung psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen liegen für Niedersachsen nicht vor, und auch auf Bundesebene gibt es nur in Teilbereichen verlässliche Daten.

Die Situation der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen soll beispielhaft an Hand einzelner Krankheitsbilder dargestellt und eine Einschätzung für Niedersachsen gegeben werden.

Hintergrund

Im letzten Jahrhundert hat sich das Krankheitsspektrum der westlichen Bevölkerung sowohl von akuten hin zu chronischen Erkrankungen, als auch von somatischen hin zu psychischen Störungen verändert. Diese Entwicklung hält an und zeigt sich auch für das Altersspektrum der Kinder und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Die besorgniserregende Zunahme von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung ist der Grund dafür, dass die Gesundheitsminister der Mitgliedsstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation im Januar 2005 (Helsinki-Konferenz 12. - 15.01.2005) den „Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit“ befürwortet haben und seine Umsetzung in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen und Möglichkeiten jedes einzelnen Landes unterstützen. Nach diesem Aktionsplan besteht die Herausforderung der nächsten fünf bis zehn Jahre in der Erarbeitung, Umsetzung und Auswertung einer Politik und einer Gesetzgebung, die Angebote im Bereich psychische Gesundheit hervorbringen. Ziel ist es, das Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung zu verbessern, psychische Gesundheitsprobleme zu verhindern und die Integration und das Wirken von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu fördern.

Vor diesem Hintergrund ist die Verfügbarkeit umfassender Informationen über die psychische Gesundheit und das Auftreten psychischer Auffälligkeiten und Krankheiten von besonderer Bedeutung. Die spezielle Betrachtung der Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen ist dabei von besonderer Wichtigkeit, da nach Erkenntnis des deutschen Kinder- und Jugendsurveys die Prävalenz von möglichen oder wahrscheinlichen psychischen Auffälligkeiten mit zunehmenden Alter zunimmt (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Das Land Niedersachsen erkennt die hohe Bedeutung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dieser Bericht soll dazu beitragen, Einschätzungen zur Situation in Niedersachsen zu liefern, die eine Grundlage für weitere Untersuchungen und Planungen in diesem Bereich sein können.

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Laut dem deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003 ist die Zahl der psychischen Erkrankungen und Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren gestiegen. Bei jedem fünften untersuchten Kind bzw. Jugendlichen liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor, jedes zehnte ist im engeren Sinn psychisch auffällig (Ravens-Sieberer et al. 2007). Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter stellen gesundheitliche Beeinträchtigungen mit zum Teil schwerwiegenden Konsequenzen für das individuelle Wohlbefinden sowie die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit der Betroffenen dar (Barkmann 2003). Die Krankheitslast betrifft nicht nur die Kinder selbst, sondern hat auch Auswirkungen auf deren soziale Umwelt und die Gesellschaft insgesamt (Schwappach 2007).

Psychische Probleme kommen in vielfältiger Gestalt vor und können in internalisierende (d. h. Probleme mit sich selber, wie z. B. Ängste und Depressionen) und externalisierende (d. h. Probleme im Umgang und Zusammenleben mit anderen, wie z. B. Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Aggressivität, dissoziales Verhalten) unterschieden werden (Döpfner 1997, Ihle 2002). Kinder mit psychischer Auffälligkeit haben nicht nur eine signifikant niedrigere Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al. 2007), sondern laufen auch Gefahr, dass die psychischen Probleme bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben oder in entsprechende Auffälligkeiten oder Störungen im Erwachsenenalter übergehen (Hölling et al. 2007). Ein geringerer Beschäftigungsstatus oder eine reduzierte soziale Einbindung kann die Folge davon sein.

Die Wahrscheinlichkeit, ob ein Kind psychische Störungen entwickelt oder nicht, ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Hier spielt unter anderem der soziale Status der Familie, in der das Kind aufwächst, eine nicht zu unterschätzende Rolle. Ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten zeigen Kinder und Jugendliche, die in einem „ungünstigen“ Familienklima aufwachsen, in sozial benachteiligten Familien leben, (Ravens-Sieberer et al. 2007) oder aus Familien mit Migrationshintergrund stammen (Hölling et al. 2007).

In Bezug auf die Art der psychischen Auffälligkeiten werden zwischen den Geschlechtern Unterschiede sichtbar. Während Mädchen eher nach innen gerichtete emotionale Auffälligkeiten wie Depressionen oder Ängste zeigen, richten sich Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen eher nach außen wie z. B. durch Hyperaktivität, Aggressionen und Probleme im Umgang mit anderen (Hölling et al. 2007, Ravens-Sieberer et al. 2008). Insgesamt sind Jungen von psychischen Problemen geringfügig häufiger betroffen als Mädchen (Blanz et al. 1999).

Psychische Störungen sind nicht selten mit Kosten für die Allgemeinheit verbunden. Notwendige Interventionen, sowohl im Kindes- bzw. Jugend-, als auch im Erwachsenenalter, erzeugen oft hohe Behandlungskosten (Döpfner et al. 1998, in KiGGS Hölling et al. 2007). Zudem können bei Erwachsenen langfristige Erwerbslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit die Folge sein, was wiederum mit Kosten für die Allgemeinheit verbunden ist. Für Deutschland kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2002 10 % aller direkten Krankheitskosten durch die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen verursacht wurden (Schwappach 2007). Was die indirekten Kosten anbelangt, zeigen internationale Studien, dass unter optimalen Behandlungsbedingungen langfristig sogar Kosteneinsparungen möglich sind (Schwappach 2007).

Auf der Grundlage der Erkenntnisse der vom Robert Koch-Institut 2003 – 2007 durchgeführten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) hat das Bundesministerium für Gesundheit im Mai 2008 eine Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit herausgegeben, die unter anderem vorschlägt, die Kinder-Vorsorgeuntersuchungen um Aspekte der psychischen Gesundheit zu erweitern. Emotionale Probleme, Ängste, Depressionen oder Essstörungen ließen sich dadurch frühzeitig erkennen und behandeln. Eine solche Maßnahme könnte den in einer Stellungnahme der Bundestherapeutenkammer vom 31.08.2005 benannten Missstand entgegenwirken, dass in Deutschland das Potential, psychische Auffälligkeiten möglichst früh zu diagnostizieren und geeignete Interventionsmaßnahmen zu ergreifen, weitgehend ungenutzt bleibt.

In den folgenden Abschnitten wird neben den Untersuchungsergebnissen der Schuleingangsuntersuchung 2010 im Bereich „Verhalten“ die Situation der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beispielhaft an Hand einzelner, relevanter Krankheitsbilder dargestellt.

Literatur

Barkmann 2003 (zit. n. Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. 2007: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 784 – 793)

Blanz, B./Seemann, U. /Schönejahn, A./Fricke, R. 1999: Psychische Gesundheit im Schuleintrittsalter. In: Das Gesundheitswesen 61 (11), 544 – 547

Döpfner et al. 1998 (zit. n. Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. 2007: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 784 – 793)

Döpfner 1997, Ihle 2002 (zit. n. Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. 2007: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 784 – 793)

Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. 2007: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 784 – 793

Ravens-Sieberer, U./Erhart, M./Gosch, A./Wille, N. 2008: Mental health of children and adolescents in 12 European countries – Results from the European KIDSCREEN Study. In: Clinical Psychology and Psychotherapy 15 (3), 154 – 163

Ravens-Sieberer, U./Wille, N, Bettge, S./Erhart, M. 2007: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 871 – 878

Schwappach, D. 2007: Die ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen und ihrer Versorgung – ein blinder Fleck? In: Neuropsychiatrie 21 (1), 18 – 28

6.1 Untersuchungsergebnisse Verhalten

Die Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Auffälligkeiten der Kinder durch die/ den untersuchende/n Ärztin/Arzt beruht auf dem Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation, seiner Interaktion sowie den Angaben der Eltern/Begleitpersonen im Beratungsgespräch. Häufig wird von den Eltern, auf freiwilliger Basis, vor dem Beratungsgespräch ein Fragebogen, der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), ausgefüllt. Dieser SDQ-Fragebogen ist ein validiertes, standardisiertes und international anerkanntes Verfahren für das Screening psychischer Auffälligkeiten. Die Angaben der Eltern zum Kind aus dem SDQ-Fragebogen werden im Beratungsgespräch besprochen und nur dann in die Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten mit aufgenommen, wenn diese als mit hoher Wahrscheinlichkeit zutreffend eingestuft werden. Der Einsatz des SDQ-Fragebogens wird von vielen untersuchenden Ärztinnen und Ärzten als ein sehr hilfreiches Instrument bewertet, da er ermöglicht, sich in relativ kurzer Zeit sich einen Überblick vom Verhalten des Kindes zu machen und eine geeignete Gesprächsgrundlage für das Elterngespräch bietet.

Die Dokumentation des Verhaltens erfolgt in den Einteilungen „ohne auffälligen Befund“, „Beratung ohne Abklärungsempfehlung“, „Befund mit Abklärungsempfehlung“, „bereits in Behandlung/Beratung“, „Keine Angabe/Untersuchung nicht erfolgt“. Unter „Beratung ohne Abklärungsempfehlung“ sind die Fälle zu verstehen, wo das Kind geringe Auffälligkeiten zeigt, jedoch eine Abklärung durch eine/n entsprechende/n Fachärztin/-arzt oder eine Beratungsstelle nicht erforderlich ist. In diesen Fällen erfolgt in der Regel eine Beratung der Eltern durch die/den Schulärztin/-arzt. Bei Kindern mit „Befund mit Abklärungsempfehlung“ zeigen sich Auffälligkeiten, die eine Abklärung und/oder gegebenenfalls Therapie durch eine/n entsprechende/n Fachärztin/-arzt erforderlich machen, oder eine Beratung durch eine psychologischen Beratungsstelle oder Erziehungsberatung als sinnvoll erscheinen lassen.

Die Gründe für ein auffälliges Sozialverhalten sind mannigfaltig und in der Regel sind sie durch eine Vielzahl verschiedener Gründe bedingt. Kinder können z. B. sowohl wegen emotionaler Vernachlässigung als auch wegen Überbehütung und zu hohem Erwartungsdruck durch das Elternhaus ein auffälliges Sozialverhalten zeigen. Auch traumatische Erfahrungen sowie mit Ängsten verbundene Lebensumstände können zu einem auffälligen Sozialverhalten führen.

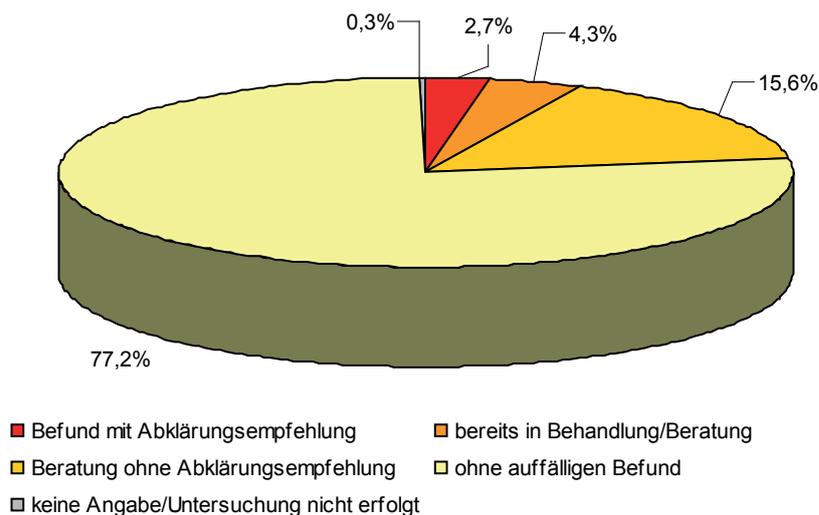


Abb. 6.1.1 Verhalten, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.841

Von den untersuchten Kindern wurden bei 77,2 % keine Auffälligkeiten im Verhalten festgestellt. Eine Beratung durch die/den untersuchende/n Ärztin/Arztes ohne weiterführende Abklärungsempfehlung wurde bei 15,6 % dokumentiert und eine Auffälligkeit, die eine weiteren Abklärung durch einen niedergelassenen Facharzt bzw. das Aufsuchen einer Beratungsstelle erforder-

lich macht, bei 2,7 % der Kinder. Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung waren bereits 4,3 % der Kinder wegen Auffälligkeiten in psychologischer oder verhaltenstherapeutischer Beratung oder Behandlung (vgl. Abb. 6.1.1).

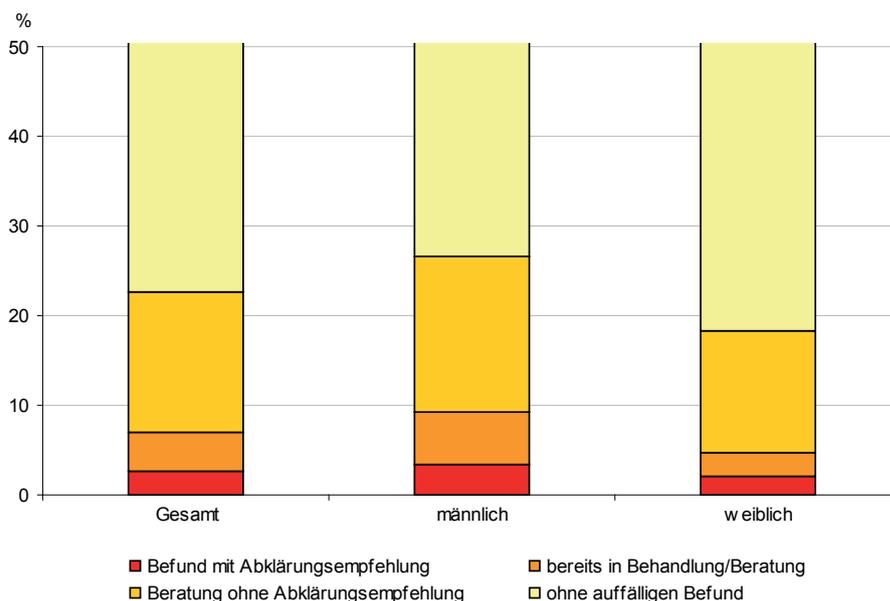


Abb. 6.1.2 Verhalten / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.642

Nach Datenlage zeigten Jungen häufiger Auffälligkeiten mit Abklärungsempfehlungen (3,3 %) und leichtere Auffälligkeiten mit Beratungen ohne weiterführende Abklärungsempfehlungen (17,4 %) als Mädchen (2,0 % bzw. 13,7 %). Auch waren Jungen bereits häufiger in psychologischer oder therapeutischer Beratung/Behandlung (5,8 % im Vergleich zu 2,6 %) (vgl. Abb. 6.1.2). Dass Jungen häufiger Auffälligkeiten im Verhalten zeigen als Mädchen, deckt sich mit Beobachtungen anderer Studien (vgl. Döpfner et al. 2000, Ravens-Sieberer 2007). Möglicherweise kann aber auch in Betracht gezogen werden, dass Jungen im Verhalten eher auffallen, da ihre Reaktionen oft eher nach außen gerichtet sind, als dies bei Mädchen der Fall ist (vgl. Döpfner 1997, Ihle 2002).

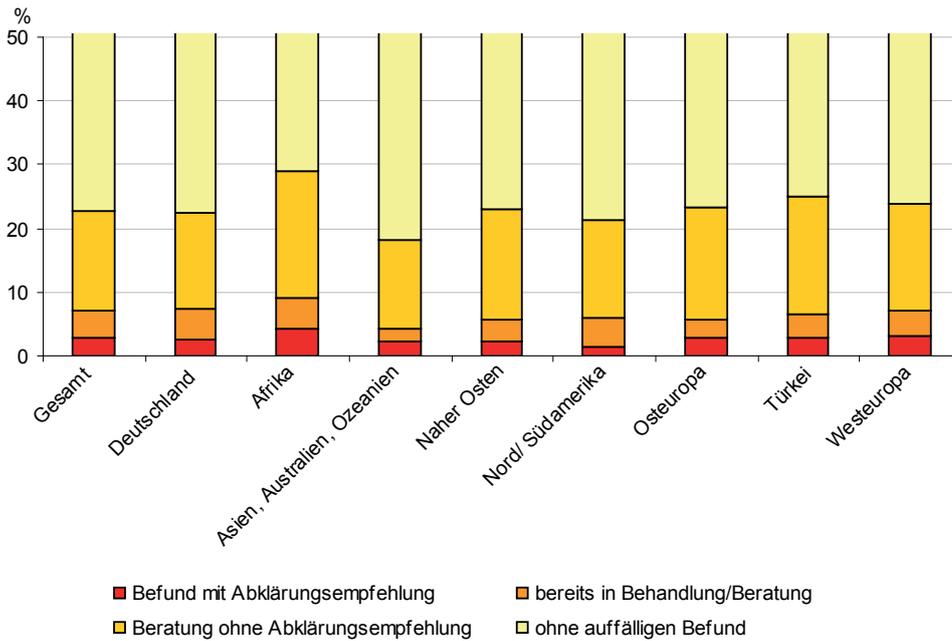


Abb. 6.1.3 Verhalten / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.212

Die Daten der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund zeigen keine deutlichen Unterschiede bezüglich des Anteils der Kinder mit Auffälligkeiten im Verhalten. Erst die Untergliederung der Kinder nach Herkunftsregionen zeigt – sowohl bei dem Anteil der Kinder mit Abklärungsempfehlung, als auch bei den bereits in Beratung/Behandlung befindlichen Kindern – erkennbare Unterschiede (vgl. Abb. 6.1.3). Kinder mit nord- oder südamerikanischer Herkunft (n = 257) haben den geringsten Anteil an auffälligen Befunden (1,6 %), während Kinder afrikanischer Herkunft (n = 277) den höchsten Anteil haben (4,3 %). Auffallend ist, dass, gemessen an den dokumentierten Auffälligkeiten mit und ohne Abklärungsempfehlungen, der Anteil der nord- und südamerikanischen Kinder sehr hoch ist, die bereits in Beratung/Behandlung sind. Die Eltern dieser Kinder scheinen ein hohes Bewusstsein für Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern zu haben und über gute Kenntnisse von Hilfsmöglichkeiten und deren Zugangswegen zu verfügen.

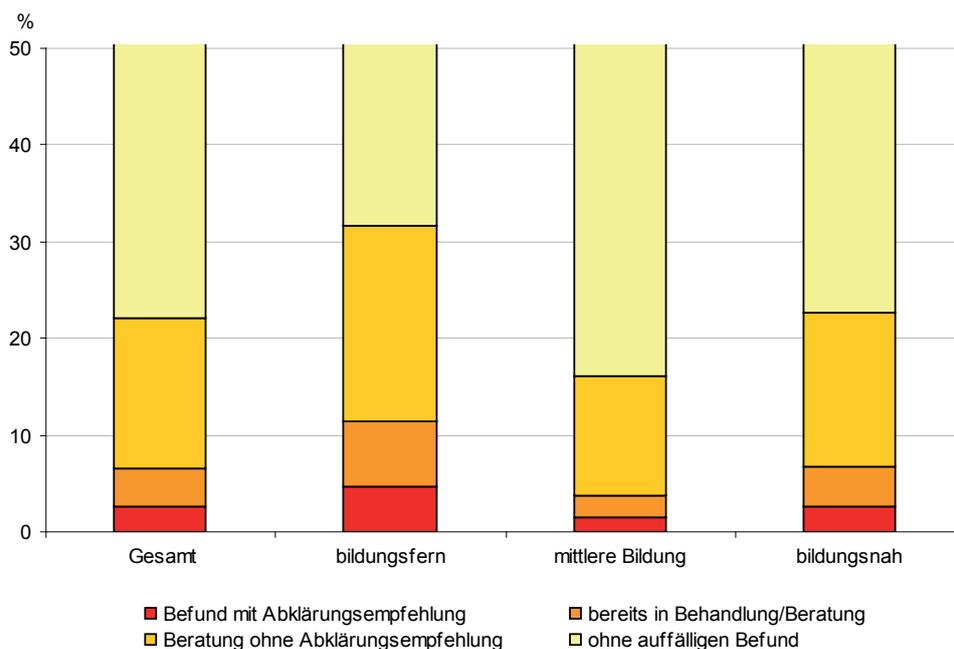


Abb. 6.1.4 Verhalten / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 42.738

Betrachtet man das Verhalten der Kinder in Korrelation zu dem Ausbildungshintergrund der Eltern, ist zu beobachten, dass der Anteil der Kinder ohne auffälligen Befund in der Gruppe der Eltern mit mittlerem Ausbildungshintergrunds am größten ist (83,9 %). Eine weitere Abklärung des Befunds wurde 1,4 % der Kinder aus Familien mit mittlerem Bildungsniveau empfohlen, bei bildungsnahen Familien betrug dieser Anteil 2,7 % und bei Kindern, die in bildungsfernen Familien aufwachsen 4,7 % (vgl. Abb. 6.1.4). Eine mögliche Erklärung dieser Beobachtung könnte sein, dass Kinder aus bildungsnahen Familien mitunter von ihren Eltern eher als „auffällig“ empfunden und dargestellt werden. Kinder aus bildungsfernen Familien wurden am häufigsten zur weiteren Abklärung an eine/n Facharzt/-ärztin bzw. an eine Beratungsstelle überwiesen. Zudem wiesen sie die höchste Quote an Beratungen ohne Abklärungsempfehlungen auf (20,3 %) und waren am häufigsten bereits in Beratung/Behandlung (6,7 %).

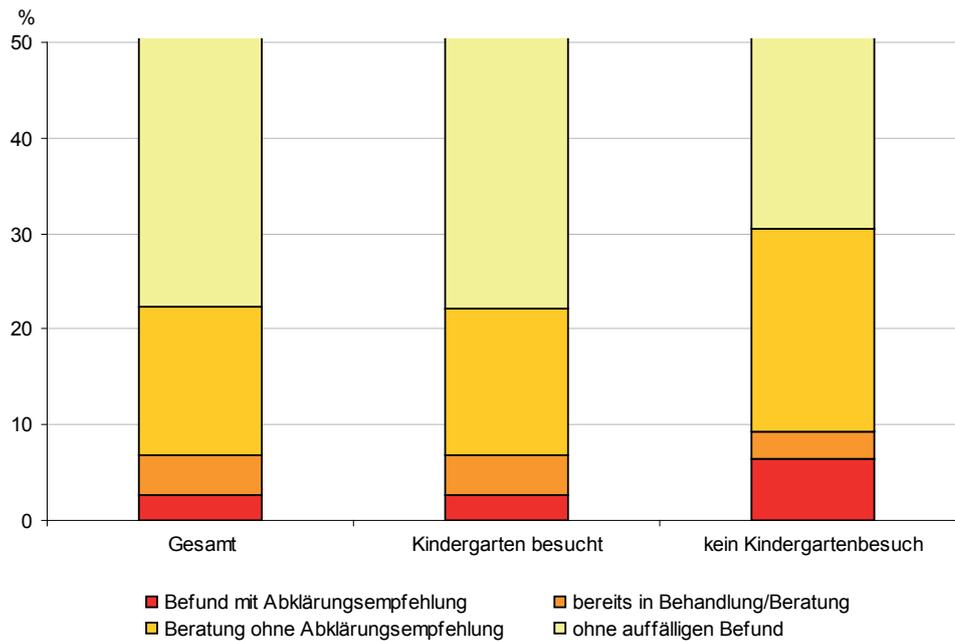


Abb. 6.1.5 Verhalten / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 59.976

Die Auswertung der uns vorliegenden Daten der Schuleingangsuntersuchung zeigen, dass Kinder, die einen Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung besucht haben, seltener abklärungsbedürftige Verhaltensauffälligkeiten (2,6 %) oder Beratungen ohne Abklärungsempfehlungen im Verhalten zeigten (15,5 %), als Kinder, die keinen Kindergarten besucht haben (Abklärungsempfehlung: 6,4 %, Beratungen ohne Abklärungsempfehlungen: 21,2 %) (vgl. Abb. 6.1.5). Bemerkenswert ist auch, dass 4,1 % der Kinder, die einen Kindergarten besucht haben, bereits in Beratung/Behandlung waren, was über dem Anteil der Kinder liegt, die eine solche Einrichtung nicht besucht haben (2,9 %).

Die Beobachtungen legen die Vermutung nahe, dass Kinder in Kindertageseinrichtungen soziale Fähigkeiten erlernen, die Verhaltensauffälligkeiten unwahrscheinlicher machen beziehungsweise auffangen. Außerdem ist zu vermuten, dass die Eltern durch die Erzieher/-innen auf Auffälligkeiten frühzeitig hingewiesen und dazu angeregt werden, sich fachlicher Hilfen zu bedienen.

Tab. 6.1.5a Verhalten / Kindergartenbesuch / Geschlecht, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 59.976

Kindergartenbesuch	bereits in Behandlung absolut (%)	Abklärungsempfehlung absolut (%)	Σ (bereits in Behandlung + Abklärungsempfehlung)	Relation $\frac{\text{Abklärungsempfehlung}}{\text{bereits in Behandlung}}$
Jungen Kindergartenbesuch (n = 30.449)	1.714 (63,2 %)	999 (36,8 %)	2.713	0,6
Jungen kein Kindergartenbesuch (n = 467)	22 (39,3 %)	34 (60,7 %)	56	1,5
Mädchen Kindergartenbesuch (n = 29.060)	718 (56,3 %)	557 (43,7 %)	1.275	0,8
Mädchen kein Kindergartenbesuch (n = 398)	3 (12,5 %)	21 (87,5 %)	24	7,0
Gesamt Kindergartenbesuch (n = 59.111)	2432 (61 %)	1.556 (39 %)	3.988	0,6
Gesamt kein Kindergartenbesuch (n = 865)	25 (31,3 %)	55 (68,8 %)	80	2,2

Besonders Jungen profitieren in Bezug auf das frühe Erkennen von Verhaltensauffälligkeiten von einem Kindergartenbesuch (vgl. Tab. 6.1.5a): Von den männlichen Kindern, die bei der Schuleingangsuntersuchung als abklärungsbedürftig befundet wurden, befanden sich 63,2 % bereits in Behandlung/Beratung. Von den Jungen, die keinen Kindergarten besucht haben, befanden sich 39,3 % bereits in Behandlung/Beratung. Demgegenüber erhielten 60,7 % der Jungen, die keine Einrichtung besucht hatten, die Empfehlung einen Facharzt bzw. Beratungsstelle aufzusuchen. Die Mädchen, die einen Kindergarten besucht haben, waren zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zu einem geringeren Anteil bereits in einer Behandlung/Beratung (56,3 %). Fehlte ein Kindergartenbesuch (n = 24), hatten erst 12,5 % der als auffällig beurteilten Mädchen bereits eine fachspezifische Behandlung/Beratung begonnen

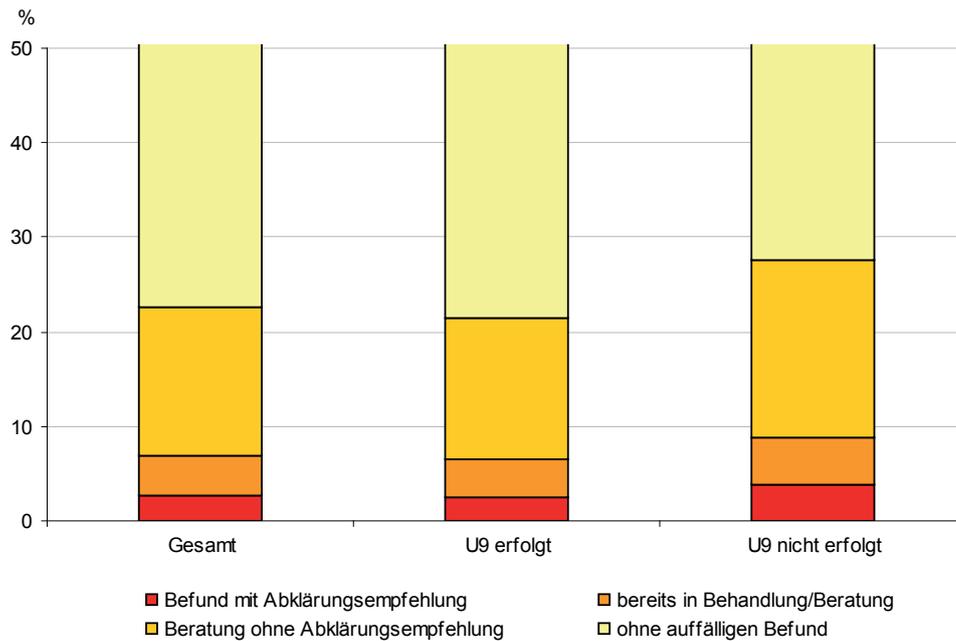


Abb. 6.1.6 Verhalten / Besuch der U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.666

Vergleicht man Daten der Kinder, die an der Früherkennungsuntersuchung U9 teilgenommen haben, mit denen, die eine solche Untersuchung beim Kinderarzt nicht wahrgenommen haben, dann fällt auf, dass Kinder ohne U9 deutlich öfter als abklärungsbedürftig eingestuft werden (3,8 % im Vergleich zu 2,4 %), eine Beratung ohne Abklärungsempfehlung erhalten (18,8 % im Vergleich zu 14,9 %) bzw. bereits in Behandlung/Beratung sind (5,0 % im Vergleich zu 4,1 %) (vgl. Abb. 6.1.6).

Literatur

Döpfner, M./Lehmkuhl, G./Heubrock, D. 2000: Ratgeber Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe-Verlag

Döpfner 1997, Ihle 2002 (zit. n. Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. 2007: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 784 – 793)

Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. 2007: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder und Jugendsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 871 – 878

6.2 Depressionen

Burkhard Neuhaus

Depressive Symptomatiken treten in allen Altersgruppen auf. Wesentliche Merkmale von Depression sind depressive Stimmung, Verlust von Interesse oder Freude sowie ein verminderter Antrieb oder eine gesteigerte Ermüdbarkeit. Das klinische Bild zeigt aber beträchtliche, auch altersabhängige individuelle Varianten; ein untypisches Bild ist besonders in der Jugend häufig (Remschmidt et al. 2001).

Die Depression ist eine der größten Volkskrankheiten. In den Industrieländern steht die unipolare Depression nach einer weltweiten Studie der Weltgesundheitsorganisation an erster Stelle der untersuchten Erkrankungen, die für längere Beeinträchtigungen verantwortlich sind (Murray & Lopez 1996). Als Problematik von Minderjährigen, besonders von Kindern und Kleinkindern, sind depressive Symptomatiken in der Öffentlichkeit nur mäßig bekannt, obwohl sich z. B. in einer umfangreichen Studie des Robert Koch-Instituts bei 5,4 % der 7- bis 17-Jährigen Anzeichen für eine depressive Störung fanden, mehr als doppelt so häufig wie für das bekanntere Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (Ravens-Sieberer 2007). Ca. 1/3 (37 %) der 2009 stationär behandelten Patienten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kinder- und Jugendkrankenhauses Auf der Bult wies eine depressive Symptomatik als Haupt- oder Nebendiagnose auf.

Vorstellungen über eine vermeintlich unbeschwerte Kindheit stehen der öffentlichen Wahrnehmung der Symptomatik eher entgegen. Häufig erscheint die Symptomatik von Minderjährigen deutlich anders als im Erwachsenenalter. Nicht selten ist eine depressive Symptomatik bei Minderjährigen auch für Experten schwer zu diagnostizieren, zumal häufig gleichzeitig weitere Störungen wie Angststörungen, Verhaltensstörungen, Störungen durch Substanzkonsum usw. vorliegen. Besonders im Verlauf der Pubertät treten zudem Symptome vorübergehend auf, die bei längerem Bestehen auch Teil einer depressiven Symptomatik sein können.

Ein allgemein gültiges Modell bezüglich der Ursachen von depressiven Symptomatiken existiert nicht. Es gibt deutliche Hinweise, dass verschiedene Faktoren – genetische, besondere Lebensereignisse, ungünstige Lebensereignisse und -bedingungen – das Auftreten der Symptomatik wahrscheinlicher machen.

Bei depressiven Symptomatiken werden verschiedene Psychotherapieverfahren angewandt, zudem sind Entspannungsverfahren sowie eine Aufklärung von Patienten, Eltern und weiteren Bezugspersonen über das Krankheitsbild wesentlich. Bei schweren Symptomatiken ist in einigen Fällen auch bei Minderjährigen der zusätzliche Einsatz von Psychopharmaka erforderlich. Für diese Medikamente gibt es in der Regel keine Zulassungsstudien für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen, was ein Vertrauen der Betroffenen und ihrer Erziehungsberechtigten in diese Therapieoption häufig beeinträchtigt. Bei schweren Symptomatiken, besonders falls Selbstmord-Ideen auftreten, kann eine stationäre oder tagesklinische Therapie erforderlich werden.

Im Kindes- und Jugendalter werden depressive Symptomatiken aufgrund der geringen Bekanntheit der Erkrankungen häufig erst verzögert oder gar nicht festgestellt. Eine effektive Behandlung unterbleibt dann oder erfolgt verspätet. Dies kann alle Lebensbereiche beeinträchtigen. Neben Stimmung, Schlaf, Antrieb und Wohlbefinden kann das Finden und Halten von Freundschaften, das Zusammenleben mit der Familie und anderen sowie der schulische und spätere berufliche Erfolg deutlich beeinträchtigt werden. Leider ist die Zahl der niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Niedersachsen noch immer nicht ausreichend, auch in vielen größeren Gemeinden findet sich noch kein niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die niedergelassenen Fachärzte berichten in der Regel, ebenso wie die niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, von z. T. erheblichen Wartezeiten für die Diagnostik und Therapie.

Das bundesweite Bündnis gegen Depression versucht durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit, die Bekanntheit für die Symptomatik auch bei Minderjährigen zu steigern, um so eine frühere Therapie zu ermöglichen. In der Region Hannover gibt es ein regionales Bündnis mit einer Arbeitsgruppe Depression bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Link im Literaturverzeichnis).

Wie dargestellt, erhalten längst nicht alle psychisch erkrankten Minderjährigen in Niedersachsen zeitnah eine ausreichende Therapie. Ziel der nächsten Jahre sollte sein, dieses Problem zu vermindern.

Literatur

Murray, C. J., Lopez, A. D. (Ed.) 1996: The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press

Remschmidt, H. et al. 2001: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO. 4. Aufl. Hans Huber Verlag, 164 ff.

Ravens-Sieberer, U. et al. 2007: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 871 – 878

www.hannover.de/de/gesundheit_soziales/beratung/gesundheitsberatung/beratung/sopsychdienst/buenddepr/ag/kindjugend/index.html (Stand: 04/2011)

6.3 ADHS-Versorgung in Niedersachsen

Christoph Höger, Andreas Becker, Aribert Rothenberger

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist weiterhin Gegenstand öffentlicher Debatten (z. B. Buitelaar und Rothenberger 2004). Es geht dabei im Wesentlichen um folgende Fragen:

- Handelt es sich wirklich um eine Störung von Krankheitswert oder eher um eine Modewelle?
- Rufen gesellschaftliche Bedingungen, die für das gesunde Aufwachsen von Kindern schädlich sind, die Symptomatik hervor?
- Sind Screeningfragebögen dazu geeignet, Kinder mit der Symptomatik einer ADHS zu erfassen und damit einer eingehenden Diagnostik zuzuführen?
- Ist die Verordnung von bestimmten Medikamenten, den Stimulantien, problematisch, weil sie vielleicht am Grundproblem vorbeigeht und zu viele Nebenwirkungen aufweist?
- Sind andere Behandlungsmaßnahmen (besser/auch) geeignet und praktisch verfügbar?
- Der Beitrag beantwortet diese Fragen, indem das gesicherte Wissen über das Störungsbild kurz beschrieben wird (Europäische Leitlinien zu ADHS: Taylor et al. 2004; nachfolgende Publikationen der Arbeitsgruppe zu Medikamenten und ADHS: Banaschewski et al. 2006, Graham et al. 2010. Für ausführlichere Informationen sei zudem auf das ADHS-Handbuch von Steinhäusen, Rothenberger und Döpfner 2010 verwiesen). Anschließend wird die Versorgungssituation in Niedersachsen dargestellt.

Was ist ADHS?

Bei einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (abgekürzt ADHS) handelt es sich um ein Störungsbild der Selbststeuerung, das durch Auffälligkeiten in den Bereichen Aufmerksamkeit (eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, eingeschränkte bzw. stark schwankende Daueraufmerksamkeit, erhöhte Ablenkbarkeit), Motorik (unruhiges Verhalten, z. B. Unfähigkeit zum Stillsitzen) und Impulskontrolle (abruptes unkontrolliertes Verhalten, nicht abwarten können, Gefühle schlecht kontrollieren können) gekennzeichnet ist und nicht mehr mit der Bandbreite einer altersgemäßen normalen Entwicklung erklärt werden kann. Damit die diagnostischen Kriterien der international gültigen Klassifikationssysteme (ICD 10, DSM IV) erfüllt sind, muss eine ADHS länger als 6 Monate andauern und schon im Vorschulalter bemerkbar geworden sein. Die Störung hat psychosoziale Belastungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen der betroffenen Person, wie Schule, Elternhaus, Kontakt mit Gleichaltrigen, zur Folge.

Andere Bezeichnungen für diese Verhaltensauffälligkeiten lauten Hyperkinetische Störung oder Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Mit ADS ist ein Teilbereich gemeint, bei dem Motorik und Impulskontrolle nicht wesentlich beeinträchtigt sind. (Zur weiteren Erläuterung siehe auch die Stellungnahme der Bundesärztekammer 2007.)

Probleme in den genannten Bereichen können aber auch bei anderen seelischen Störungen (z. B. Angst, Depressionen) vorkommen, sodass im Rahmen der fachlichen Diagnostik sorgfältig geprüft werden muss, ob es sich in Wirklichkeit um eine andere Störung handelt – medizinisch ausgedrückt geht es um die Differentialdiagnose – oder ob zusätzlich zur ADHS weitere Störungen vorliegen – der Fachbegriff hierfür lautet Komorbidität. So kommen komorbide Störungen bei ADHS sehr häufig vor; in einer großen amerikanischen Untersuchung litten über die Hälfte der von ADHS betroffenen Kinder an einer oppositionellen oder anderen Störung des Sozialverhaltens und etwa ein Drittel zusätzlich unter einer Angststörung (MTA Cooperative Group 1999). Hohe Komorbiditätsraten fanden sich auch in einer europäischen Studie zur Behandlung von etwa 1.500 Kindern mit ADHS (Rothenberger et al. 2006).

Wie häufig kommt die Störung vor?

Da es keinen spezifischen objektiven Test zur Diagnostik einer ADHS gibt, bleibt ein Ermessensspielraum, ab wann man den Schweregrad der Symptome und die psychosoziale Beeinträchtigung als so gravierend bewertet, dass die Diagnose vergeben wird. Daraus erklärt sich der Unterschied in den Häufigkeiten, die verschiedene epidemiologische Untersuchungen gefunden haben; sie schwanken zwischen 1 und 7 %. Im Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch-Instituts Berlin wurde für eine deutsche repräsentative Stichprobe der Bevölkerung eine Prävalenzrate (Häufigkeit) von 4,9 % ermittelt (Schlack et al. 2007). Dies entspricht etwa dem weltweiten Durchschnittswert von 5 % (Polanczyk et al. 2007). In einer Zusatzuntersuchung (Ravens-Sieberer et al. 2007) wurde eine Prävalenzrate von 2,2 % bezogen auf die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung gefunden. Die Analyse einer Zufallsstichprobe aus der Inanspruchnahmegruppe der AOK Hessen ergab ebenfalls eine Prävalenzrate der wegen ADHS behandelten Kinder von 2,2 % im Jahr 2007 (Schubert et al. 2010). Während insgesamt keine Zunahme der Häufigkeit dieser Störung über die letzten Jahre angenommen wird (Bundesärztekammer 2007), wurde in der AOK-Stichprobe eine Zunahme von 1,5 % im Jahr 2000 auf die genannten 2,2 % im Jahr 2007 gefunden. Da die Diagnose hier jedoch nicht in zwei bevölkerungsbezogenen Stichproben, sondern in Stichproben auf Grund der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gestellt wurde, kann nicht entschieden werden, ob die Störung tatsächlich zugenommen hat oder nur der Arztbesuch auf Grund der Störung. Bisherige epidemiologische Studien weisen eher auf eine gleichbleibende Häufigkeit hin.

Was weiß man über die Ursachen?

Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien zeigen, dass genetische Faktoren den größten Anteil an einem Bündel von mehreren möglichen Ursachen haben. Dazu gehören außerdem Störungen der Hirnentwicklung in der Schwangerschaft durch Alkohol- und Nikotinkonsum der Mutter, weitere Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und schwere Deprivationen in der frühen Kindheit. Ungünstige Umgebungsbedingungen wirken sich wahrscheinlich weniger auf die Ursache als vielmehr auf den weiteren Verlauf der Störung aus. Die Wechselwirkung zwischen biologischen Risikofaktoren und Umweltfaktoren bedarf aber noch weiterer Untersuchungen.

Letztlich wirken sich diese ursächlichen Faktoren auf die Hirnentwicklung aus, wobei gestörte Funktionen in den Neurotransmittersystemen Dopamin und Noradrenalin bedeutsam sind. Zusammenfassend ist nach dem derzeitigen Wissensstand die ADHS eine neurobiologische Störung, wobei Umgebungseinflüsse den Verlauf mit bestimmen können.

Welche Behandlungsansätze haben sich bewährt?

Die bislang gründlichste Untersuchung zu wirksamen Behandlungsmethoden ist die bereits genannte MTA-Studie. Danach sind zwar alle untersuchten Behandlungsverfahren nach 14 Monaten wirksam - sie umfassen eine Routinebehandlung, intensive Verhaltenstherapie, ein intensives medikamentöses Management und eine Kombination der beiden Intensivverfahren; das intensive medikamentöse Management und die Kombination der beiden Intensivverfahren schnitten aber eindeutig am besten ab, mit sehr gutem Behandlungserfolg. Auch in dieser Untersuchung wurde deutlich, dass in der Behandlungsplanung unbedingt das etwaige Vorliegen einer komorbiden Störung mit bedacht werden muss (MTA Cooperative Group 1999).

Eine gut geplante und psychosozial eng begleitete medikamentöse Behandlung mit Stimulantien ist demnach hoch wirksam. Dennoch ist auf Grund unkritischer Verordnungen, dem Nebenwirkungsrisiko vor allem auf das Herz-/Kreislaufsystem und den noch nicht ausreichend bekannten langfristigen Auswirkungen der medikamentösen Behandlung Vorsicht geboten. Die European Medicines Agency hat deshalb 2009 Empfehlungen für eine sicherere Anwendung von Stimulantien (Wirkstoff Methylphenidat) veröffentlicht, auf deren Grundlage der Gemeinsame Bundesausschuss 2010 eine Änderung der entsprechenden Arzneimittelrichtlinie beschlossen hat: Es muss eine gründliche Diagnostik voraus gegangen sein. Die Medikation gilt als gerechtfertigt, wenn andere effektive Behandlungsmaßnahmen (Elternt raining, Verhaltenstherapie) nach angemessener Zeit, d. h. etwa 3 – 4 Monaten nicht wirksam oder nicht verfügbar sind. Die Verordnung darf nur

von einem „Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ (in der Regel Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater und Psychiater) vorgenommen werden. Weiterhin sollten regelmäßig behandlungsfreie Zeitabschnitte eingelegt werden, um die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung zu überprüfen. Das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen muss regelmäßig überwacht werden. (EMEA 2009, GBA 2010).

Zusammenfassend können Psychoedukation einschließlich Elternt raining, verhaltenstherapeutische Programme und medikamentöse Behandlung vor allem mit Stimulantien als wirksame und bewährte Behandlungen gelten (vgl. Bundesärztekammer 2007). Es zeichnet sich ab, dass ein kognitives Training mit Neurofeedback ebenfalls ein wirksames Verfahren darstellt (Gevensleben et al. 2009).

Wie können die einleitenden Fragen beantwortet werden?

Kriterien für die Validität klinischer Diagnosen sind neben charakteristischen Symptomen, die zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen, für die entsprechende Störung zusätzliche spezifische Kennzeichen, die diese Störung von anderen Störungsbildern unterscheidbar machen. Dazu gehören Ursachen, Verlauf und Ansprechen auf bestimmte Behandlungsverfahren. Das Störungsbild ADHS erfüllt diese Kriterien und findet sich dementsprechend in den international gebräuchlichen Klassifikationssystemen (Faraone 2005). Art, Schweregrad, Dauer der Störung sowie situationsübergreifende Beeinträchtigungen und typische neurobiologische Korrelate weisen klar über die Modewelle einer „life style-Diagnose“ hinaus.

Wie erörtert, finden sich hinreichende Gründe für eine primär neurobiologische Verankerung der ADHS.

Ungünstige Lebensbedingungen während des Aufwachsens von Kindern sollen damit keinesfalls bagatellisiert werden, sie erhalten in unserem Kontext ihre Bedeutung als den Verlauf mitbestimmende Einflussgrößen, die bei der Therapie einer ADHS zu berücksichtigen sind.

Ökonomische und psychometrisch geprüfte Screeninginstrumente können zur Diagnosestellung einer ADHS beitragen, ersetzen aber nie eine sorgfältige klinische Untersuchung. So wurde z. B. die Unterskala «Hyperaktivität» des Elternfragebogens zu Stärken und Schwächen (SDQ) an einer Klinikstichprobe (N = 543) auf ihre Eignung zur Diagnostik einer ADHS geprüft und stellte sich als sinnvolle Hilfe zur Vorhersage von entsprechenden Verhaltensauffälligkeiten dar. Es konnte gezeigt werden, dass bei einem unauffälligen bis grenzwertigen Befund (0 – 6 Wertpunkte) auf der Unterskala «Hyperaktivität» in 84 % der Fälle auch keine Diagnose einer ADHS vorlag. Auffällige Werte auf dieser Skala (7 – 10 Wertpunkte) konnten in ca. 60 % der Fälle die Diagnose ADHS voraussagen. Die Vorhersage der Diagnose ADHS gelang bei jüngeren Kindern deutlich besser als bei älteren (Becker et al. 2004, 2006).

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit der medikamentösen Behandlung mit Stimulantien ist nachgewiesen und konnte in einer großen kontrollierten europäischen Beobachtungsstudie unter Alltagsbedingungen bestätigt werden (Falissard et al. 2010). Die Verordnung der Medikamente darf allerdings nicht unkritisch erfolgen, was in aktuellen Vorschriften ihren Niederschlag findet.

Verhaltenstherapie gilt ebenfalls als wirksame Behandlungsmaßnahme. Sie ist nicht so gut geprüft wie die Psychopharmakotherapie, reicht häufig nicht aus und steht nicht immer zur Verfügung.

Wer versorgt die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien?

Im Gesundheitssystem werden Kinder mit ADHS primär von Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichen-therapeutinnen und -therapeuten sowie zu einem kleineren Teil von Allgemeinärzten versorgt. Wenn es um eine medikamentöse Behandlung geht, werden nach den aktuellen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) vor allem Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater verantwortlich sein. Nach einer Untersuchung von Schubert und Mitarbeitern anhand der hessischen AOK-Daten haben 2007 folgende Arztgruppen medikamentöse Erstverordnungen vorgenommen: In 37 % Kinderärzte, 10,8 % Allgemeinärzte; 31 % niedergelassene Kinder- und

Jugendpsychiater, 12,3 % kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen (Schubert et al. 2010).

Was kostet die Behandlung?

Zu den Kosten der medikamentösen Behandlung liegen ausgefeilte pharmakoökonomische Studien vor, die vor allem auf der Grundlage der Daten der MTA-Studien Kosteneffektivitätsanalysen vornahmen. Demnach gilt eine intensive Methylphenidat-basierte medikamentöse Therapie als kosteneffektiv, auch wenn sie mit teureren Retardpräparaten durchgeführt wird. Dagegen liegen für verhaltenstherapeutische Interventionen noch keine vergleichbaren Untersuchungen vor (Schlander et al. 2009, 2010).

Wenn man nur die Kosten betrachtet, ohne sie in Beziehung zum resultierenden Nutzen zu setzen, ergeben sich für mittlere Tagesdosen von Methylphenidatpräparaten Kosten zwischen 1,16 und 2,06 €. Würde man für 2 Quartale insgesamt 3 eingehende Beratungen dazu nehmen (zusammen 38,64 €), käme man bei einem Retardpräparat auf Gesamtkosten pro 6 Monate von ca. 354 €. 20 Stunden Verhaltenstherapie im gleichen Zeitraum würden nach DKG-NT 1.288 € kosten.

Hat die medikamentöse Behandlung in den letzten Jahren zugenommen? Falls ja, welche Gründe gibt es dafür?

Die Kosten für die Behandlung einer ADHS haben in den letzten Jahren tatsächlich deutlich zugenommen. Dies betrifft sowohl die Gesamtbehandlungskosten als auch die einzelnen Modalitäten wie stationäre Behandlung, ambulante Behandlung, ambulante medikamentöse Behandlung und andere. Von 2002 bis 2006 sind die Gesamtbehandlungskosten um das 1,8-fache angestiegen; die medikamentösen Kosten sogar um das 6,75-fache. Von einer anderen Seite betrachtet: 2002 betrug der Anteil der medikamentösen Behandlung an den gesamten Behandlungskosten 7,6 %, 2006 28,2 % (Wehmeier et al. 2009). In der bereits zitierten Untersuchung von Schubert und Mitarbeitern (2010) hat sich zwischen 2000 und 2007 die medikamentöse Behandlungsprävalenz von 1,23 % auf 2,22 % gesteigert (bei einer ADHS Behandlungsprävalenz von Jungen im Jahr 2007 von 3,39 %). Weil jedoch die allgemeine Prävalenz von ADHS etwa 5 % beträgt, lässt sich der Schluss ziehen, dass trotz dieser sehr beträchtlichen Zunahme der Medikamentenverordnung noch nicht alle Kinder und Jugendlichen mit der Diagnose ADHS medikamentös behandelt werden. Offenbar hat vor allem die Bereitschaft zugenommen, medikamentöse Behandlungsoptionen zu nutzen. In wie weit dies zu Lasten anderer indizierter und auch realisierbarer Behandlungsmöglichkeiten geht oder nur eine inzwischen dem Bedarf angenäherte Tatsache darstellt, kann an Hand der verfügbaren Datenlage nicht beantwortet werden.

Wie sieht die Versorgungslage in Niedersachsen aus?

Die bisher einzige versorgungsepidemiologische Untersuchung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niedersachsen stammt aus dem Jahr 1995 und beinhaltet primär die stationäre Versorgungssituation (Presting et al. 1995). Die ambulante Versorgung war noch sehr gering und regional äußerst lückenhaft. Eine brauchbare Aussage zu HKS/ADHS konnte nicht getroffen werden, außer dass die Störung (bereits vor mehr als 15 Jahren!) mit durchschnittlich 11 % zu den häufigsten Diagnosen gehörte.

In Niedersachsen lebten am 31.12.2009 1.407.429 Kinder und Jugendliche; bei einer ADHS-Prävalenz von 4,9 % wären in diesem Bundesland 68.964 Minderjährige von dieser Störung betroffen, bei einer Prävalenz von 2,2 % 30.963 Minderjährige. Zu deren Versorgung würden 346 Kinderarztpraxen, 9 Sozialpädiatrische Zentren, 71 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/innen (davon 52 in Praxen mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und 13 kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen zur Verfügung stehen.

Wenn man den Vorgaben folgt, verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (VT) Priorität vor einer medikamentösen Behandlung zu geben, ergibt sich die Frage, ob dafür ein ausreichendes Behandlungsangebot zur Verfügung steht. Eine Überschlagsrechnung für die Stadt und den Landkreis Göttingen, die sehr gut mit Kinder- und Jugend-Verhaltenstherapeuten versorgt ist, käme zu folgender Schätzung: Bei einer Behandlungsprävalenz von 2,2 % würden in dieser Region etwa 1.026 Kinder und Jugendliche mit ADHS eine Therapie benötigen. Es gibt 8 Verhaltenstherapie-Praxen, die bei einer angenommenen Kapazität von je 120 Fällen pro Jahr und einer Quote von 30 % junger Patienten mit ADHS 320 solcher Kinder und Jugendlicher versorgen könnten, also lediglich etwa ein Drittel. Das bedeutet, dass in den in der Regel deutlich schlechter versorgten anderen niedersächsischen Landkreisen diese primär vorgesehene therapeutische Hilfe keineswegs ausreichend vorgehalten werden kann.

Zusammenfassung und Ausblick

Die ADHS ist eine häufige psychiatrische Störung im Kindes- und Jugendalter und beeinträchtigt die psychosoziale Entwicklung der betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen und deren Familien erheblich. ADHS bedarf intensiver, langzeitiger, fachlich qualifizierter Behandlung und Begleitung. Von daher bindet sie einen erheblichen Anteil der Ressourcen des Fachgebietes Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wirksame Behandlungsformen stehen zur Verfügung. Insgesamt liegt die Häufigkeit von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in der allgemeinen Bevölkerung noch höher als die Rate der medikamentös behandelten jungen Patienten, d. h. offenbar erhalten noch nicht alle Betroffenen, die von einer medikamentösen Behandlung profitieren könnten, eine derartige Unterstützung. Die medikamentöse Behandlungsform mit Stimulantien ist unter Kosten-Nutzen-Kriterien nicht nur effektiv, sondern auch gut verträglich und seit Jahren bewährt. Nach den Vorgaben des GBA ist sie aber als „nachgeordnete“ Behandlung anzusehen, die nur unter bestimmten Voraussetzungen von Spezialisten vorgenommen werden darf. Es ist vorhersehbar, dass sich dadurch die Verordnungszahlen stabilisieren werden. Auf der anderen Seite machen Bedarfsschätzungen deutlich, dass die therapeutischen Kapazitäten für die erforderlichen nicht-medikamentösen Behandlungsformen nicht ausreichen. Gleichzeitig muss auch hier der Kosten-Nutzen-Aspekt noch sorgfältig und evidenzbasiert geprüft werden, damit nicht eine Schieflage in der Bewertung der Therapiemöglichkeiten für ADHS entsteht. Es muss daher im Auge behalten werden, ob die derzeitigen Einschränkungen der medikamentösen Behandlung zu einer Verschlechterung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS führen werden, d. h. es ist fachlich wie auch politisch eine wachsame Unvoreingenommenheit erforderlich, die sich an überprüften und überprüfbaren Fakten wissenschaftlicher Arbeit orientiert. Von daher erscheint es wichtig, nicht nur Ärzte (Rothberger et al. 2004), sondern auch medizinische Hilfsberufe (z. B. Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Physiotherapeuten) und darüber hinaus Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Erzieher sowie Lehrer entsprechend fortzubilden.

Literatur

- Becker, A./Woerner, W./Hasselhorn, M./Banaschewski, T./Rothenberger 2004: A Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 Suppl. 2, 11 – 16
- Becker, A./Rössner, V./Rothenberger, A./Banaschewski, T. 2006: Anwendung des SDQ-Elternfragebogens für Screening und Diagnosestellung einer ADHS. *Kinderärztliche Praxis* 77 (4) 230 – 235
- Buitelaar, J./Rothenberger, A. 2004: Foreword – ADHD in the political and scientific context. *European Child and Adolescent Psychiatry* 13 (1), 1 – 6
- Bundesärztekammer 2007: ADHS – Stellungnahme. Hg. vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1 – 120
- European Medicines Agency makes recommendations for safer use of Ritalin and other methylphenidate-containing medicines in the EU 2009. www.ema.europa.eu
- Falissard, B./Coghill, D./Rothenberger, A./Lorenzo, M. 2010: Short-term effectiveness of medication and psychosocial intervention in a cohort of newly diagnosed patients with inattention, impulsivity and hyperactive problems. *J Attention Disorders* 14, 147 – 156
- Faraone, S. V. 2005: The scientific foundation of understanding attention-deficit/hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14, 1 – 10
- GBA 2010: Newsletter Nr. 9 vom 20. September: www.g-ba.de/institution/sys/newsletter/104/#2
- Gevensleben, H./Holl, B./Albrecht, B./Vogel, C./Sclamp, D./Kratz, O./Studer, P./Rothenberger, A./Moll, H. G./Heinrich, H. 2009: Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomized controlled clinical trial. *J Child Psychol Psychiatr* 50, 780 – 789
- MTA Cooperative Group 1999: A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56, 1073 – 1086
- Polanczyk, G./de Lima, M. S./Horta, B. L./Biederman, J./Rohde, L. A. 2007: The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, Jun 164 (6), 942 – 948
- Presting, G./Witte-Lakemann, G./Höger, C./Specht, F./Rothenberger, A. 1995: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niedersachsen und Bremen – eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. 'Niedersachsen-Studie'. Abschlußbericht für das Niedersächsische Sozialministerium
- Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. 2007: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* Volume 50, Numbers 5 - 6, 871 – 878
- Rothenberger, A./Coghill, D./Döpfner, M./Falissard, B./Steinhausen, H. C. 2006: Naturalistic-observational studies in the framework of ADHD health care. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15 (suppl. 1), i1 – i3
- Rothenberger, A./Danckaerts, M./Döpfner, M./Sergeant, J./Steinhausen, H. C. 2004: EINAQ - A European educational initiative on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and associated problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 (1), 31 – 35
- Schlack, R./Hölling, H./Kurth, B. M./Huss, M. 2007: Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* Volume 50, Numbers 5 – 6, 827 – 835
- Schlender, M./Trott, G. E./Schwarz, O. 2009: Gesundheitsökonomie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in Deutschland Teil I. *Nervenarzt* 81, 289 – 300
- Schlender, M./Trott, G. E./Schwarz, O. 2009: Gesundheitsökonomie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in Deutschland Teil 2. *Nervenarzt* 81, 301 – 314
- Schlender, M. 2010: The pharmaceutical economics of child psychiatric drug treatment. *Curr Pharmaceutical Design* 16, 2443 – 2461
- Schubert, I./Köster, I./Lehmkühl, G. 2010: Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen: Analyse der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zwischen 2000 und 2007, *Dtsch Arztebl Int*, 107 (36), 615 – 621
- Steinhausen, H. C./Rothenberger, A./Döpfner, M. (Hg.)2010: Handbuch ADHS. Kohlhammer Stuttgart.

Taylor, E./Doepfner, M./Sergeant, J./Asherson, P./Banaschewski, T./Buitelaar, J./Coghill, D./Danckaerts, M./Rothenberger, A./Sonuga-Barke E./Steinhausen, H. C./Zuddas, A. 2004: European Clinical Guidelines for Hyperkinetic Disorder – first update. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 (1), 7 – 30

Wehmeier, P.M./Schacht, A./Rothenberger, A. 2009: Change in the direct cost of treatment for children and adolescents with hyperkinetic disorder in Germany over a period of four years. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 3, 3

6.4 Internet- und Computerspielsucht

Christoph Möller

Ein Fallbeispiel

Die Eltern eines 16jährigen männlichen Jugendlichen wenden sich Hilfe suchend an die Ambulanz. Ihr Sohn verschanze sich in seinem Zimmer, spiele stundenlang das Online Spiel „World of Warcraft“. Die Eltern dürften sein Zimmer nicht betreten, zum gemeinsamen Essen erscheine ihr Sohn nur noch selten. Die leeren Teller stelle er vor die Tür. Die Schule besuche er nur noch missmutig, meistens unausgeschlafen, könne sich nicht konzentrieren und seine schulischen Leistungen seien im letzten Jahr schlechter geworden. An gemeinsamen Aktivitäten bestehe kein Interesse mehr und auch mit seinen Klassenkameraden sowie Jugendlichen aus der Nachbarschaft verabrede er sich nicht mehr. Die Eltern würden als weltfremd beschimpft und wenn sie den Internetzugang über den zentralen Verteiler kappten, sei es wiederholt zu massiven Gewaltandrohungen gekommen. Der Jugendliche selbst berichtet, dass er viele Freunde im Internet habe. Das Schuljahr sei wegen gefährdeter Versetzung ohnehin gelaufen, so dass er die Aufregung seiner Eltern bezüglich Schule nicht nachvollziehen könne. Wenn man ihm das Internet und „World of Warcraft“ lasse, sei er auch gesprächsbereit. Über das Internet aber wolle er nicht diskutieren. Interesse an realen Beziehungen und Mädchen wird verneint. Der Gedanke von seinen weltfremden Eltern wegzuziehen, ist für den Jugendlichen keine Alternative. Zur Frequenz und Dauer seines Onlinespiels nennt er die tägliche Nutzung nach der Schule oft bis spät am Abend. So komme er an Wochentagen auf fünf bis acht Stunden, an Wochenenden oder in den Ferien können es auch bis zwölf Stunden täglich sein. Er sei ein sehr guter Spieler, habe viel Anerkennung von seinen Mitstreitern und beim Spiel fühle er sich ausgeglichen und zufrieden.

In der weiteren Exploration wird deutlich, dass es der Jugendliche schon als Kind nicht leicht gehabt hat, Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen. Seine beiden Freunde aus der Nachbarschaft habe er im letzten Jahr gänzlich vernachlässigt. Schon seit langem grüble er über den Sinn des Lebens nach. Er halte das Leben, wie er es von und mit seinen Eltern kenne, für sinnlos und habe schon überlegt, das eigene Leben zu beenden. Beeindruckt habe ihn R., der Attentäter im Erfurter Gutenberggymnasium, der sich getraut habe „es der Welt zu zeigen“. Er selbst halte sich für derartige Aktionen zu feige.

Neben der exzessiven Internet- und Computerspielnutzung wird eine depressive Grundstruktur erkennbar und eine ausgeprägte sozialphobische Komponente. Das als sinnlos erlebte Leben und die eigenen Unzugänglichkeiten werden in der Identifikation mit Personen wie R. in ein narzisstisches Größenselbst überhöht.

Internet und Computerspiele

Computer, Internet und das Handy gehören heute zur Lebensrealität von Jugendlichen und Heranwachsenden. Computer- und Internetspiele erfreuen sich vor allem bei der jungen Generation großer Beliebtheit. Computer, Internet und Handy verändern die Kommunikation: Man ist immer erreichbar und der Austausch ist auch über weite Distanzen ist möglich. Junge Menschen haben Anteil an der globalen Vernetzung. Dies geschieht mit einer Selbstverständlichkeit, die vielen Eltern fremd ist.

Haushalte in Deutschland, in denen ein Jugendlicher im Alter zwischen 12 und 19 Jahren lebt, haben mindestens ein Handy, 97 % haben mindestens einen Fernseher, 100 % mindestens einen Computer oder Laptop, 98 % einen Internetzugang und 68 % eine Spielkonsole. 60 % der Mädchen und 61 % der Jungen dieses Alters haben einen eigenen Fernseher, 72 % der Mädchen und 77 % der Jungen einen eigenen Computer, 54 % der Mädchen und 55 % der Jungen einen eigenen Internetzugang und 43 % der Mädchen und 56 % der Jungen eine eigene Spielkonsole (JIM 2009). In Deutschland sind 60,1 % der Frauen und 74,5 % der Männer ab 14 Jahren Internetnutzer. In der Gruppe der 14- bis 19-Jährigen sind es 97,5 %. Die Gruppe der 14- bis 19-Jährigen

verbringt mit dem Medium Internet mehr Zeit als mit Fernsehen (136 Minuten Internet und 97 Minuten Fernsehen täglich, in der Gesamtgruppe 70 Minuten Internet und 228 Minuten Fernsehen) (van Eimeren und Frees 2009).

„Computersucht“/„Internetsucht“

Der Begriff „Internetsucht“ wurde von dem New Yorker Psychiater Ivan Goldberg vor einigen Jahren eher scherzhaft erwähnt. Seit die New York Times 1995 das Thema Internetsucht aufgriff, mehren sich Untersuchungen und Diskussionen um diese Problematik.

Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen stellen in Deutschland eine der größten Gruppen psychischer Störungen dar und sind empirisch gut beschrieben (Möller 2009). Das Störungsbild der Verhaltens- oder Tätigkeitssucht, das heißt nicht stoffgebundener Sucht, wie Arbeits-, Sammel-, Glücksspiel-, Computer-, Internetsucht und andere, hat bislang noch keinen Eingang in die internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen ICD-10 und DSM IV gefunden. Nur das pathologische (Glücks-)Spiel (F63.0) ist unter abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle aufgenommen worden (ICD-10 2010). Letztlich kann jedes menschliche Verhalten oder Interesse entgleisen und zur Sucht werden, wenn dieses exzessiv und weit über das Normalmaß hinaus ausgeführt wird und der Betroffene dadurch Schaden nimmt. Zur Beurteilung einer „Computer-“ oder „Internetsucht“ werden in der Regel an das exzessive Computerspiel und Internetnutzung angepasste Diagnosekriterien für Abhängigkeit (von Drogen) herangezogen. Neben dem Computerspielverhalten und der mit Medien verbrachten Zeit sollte immer auch das soziale Umfeld, die Schule, die Freizeitbeschäftigung und der psychische Zustand des Jugendlichen und Heranwachsenden mit in die diagnostischen Überlegungen einbezogen werden. Bei exzessiver Computer- oder Internetnutzung steht das starke Verlangen zu Spielen und eine eingeschränkte Kontrolle über das Verhalten im Vordergrund - ein Verlangen, das trotz negativer Konsequenzen fortgesetzt wird. Die Betroffenen zeigen in Bezug auf die psychische Symptomatik ähnliche Merkmale wie bei stoffgebundenem süchtigem Verhalten. Eine wichtige Rolle spielt sowohl bei substanzgebundener Sucht als auch bei Verhaltenssucht das Bestreben, schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustration, Ängsten oder Unsicherheiten regulieren oder verdrängen zu können. Es geht darum, das Leben erträglicher zu gestalten und eine Bewältigungsstrategie im Sinne eines Selbstregulations- oder Selbstheilungsversuches zu entwickeln (Grüsser und Thalemann 2006, Möller 2009).

Tab. 6.4.1 Merkmale und Kriterien einer „Computerspiel“- und „Internetsucht“ (in Anlehnung an: Grüsser und Thalemann 2006)	
Einengung des Verhaltens	Computerspiel und Internet werden zur wichtigsten Aktivität und dominieren das Denken, Fühlen und Verhalten des Betroffenen
Regulation negativer Gefühlszustände	Mit Hilfe der Medien wird das Leben vorübergehend angenehmer, unangenehme Gefühle treten in den Hintergrund und es stellt sich ein „Kick“, eine angenehme Erregung und Entspannung ein. Mediennutzung als inadäquate Stressbewältigung
Toleranzentwicklung	Der gewünschte „Kick“ kann nur durch längere und extreme Mediennutzung erzielt werden
Entzugserscheinungen	Kann das Medium nicht genutzt werden, treten Unruhe, Nervosität, Aggressivität und vegetative Symptome auf
Kontrollverlust	Der Medienkonsum kann vom Betroffenen zeitlich und inhaltlich nicht mehr kontrolliert werden
Rückfall	Nach Zeiten der Abstinenz oder des kontrollierten Konsums kommt es erneut zu exzessivem, unkontrolliertem Konsum
Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen	Der Medienkonsum hat negative Folgen für Schule, Ausbildung, Hobbies und Sozialkontakte

Häufigkeit der „Computerspielsucht“ und „Internetsucht“

Es gibt bisher nur wenige Untersuchungen zur Verbreitung von „Computerspiel-“ oder „Internetsucht“. Zu bedenken ist, dass es keine verbindlichen Kriterien für die Klassifikation eines exzessiven oder süchtigen Computerspielens gibt. So sind auch die Zahlen mit Vorsicht zu bewerten, da einheitliche Kriterien für die Diagnose „Computerspielsucht“ und „Internetsucht“ fehlen und damit die Vergleichbarkeit fraglich ist. In einer Befragung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen werden 3 % der Jungen und 0,3 % der Mädchen als süchtig und weitere 4,7 % bzw. 0,5 % als gefährdet diagnostiziert (Rehbein et al. 2009). In internationalen Studien zum pathologischen Internetgebrauch finden sich Angaben für Jugendliche zwischen 1,6 % bis 8,2 % (Grüsser & Thalemann 2006, DZSKJ 2009).

Psychiatrische Komorbidität

Bei Personen mit exzessiver Internet- und Computernutzung finden sich gehäuft depressive Störungen. In einer Stichprobe von 23 Patienten mit einer Internetabhängigkeit wurde bei 77,8 % eine depressive Störung diagnostiziert. Es wird empfohlen, bei Patienten mit Depression Fragen nach exzessiver Mediennutzung in die psychiatrische Diagnostik mit aufzunehmen. In einer Übersichtsarbeit werden für depressive Störungen Häufigkeiten bis 70 % benannt und Angststörungen bis zu 50 %. Andere Befunde sprechen dafür, dass sich bei exzessiver Mediennutzung gehäuft soziale Ängste, emotionale Einsamkeit und nicht zufriedenstellende soziale Beziehungen finden. Es ist wahrscheinlich, dass exzessive Internet- und Computernutzung gehäuft in Verbindung mit anderen psychiatrischen Diagnosen auftritt, was bei der Exploration berücksichtigt werden sollte. Was Ursachen und was Auswirkungen exzessiven Computerspielens und Internetnutzung sind, ist noch nicht geklärt und bedarf weiterer Untersuchungen (DZSKJ 2009, Möller 2009). Wenn Jugendliche z. B. beim Onlinespiel „World of Warcraft“ Erfolg und Anerkennung bekommen, im Internet Kontakte pflegen und vorübergehend abschalten und vergessen können und dies im realen Leben verwehrt ist, besteht die Gefahr nicht mehr von dem Medium lassen zu wollen (vgl. Möller 2012).

Behandlung

Wenn Computerspiele und Internet den Tag bestimmen, alterstypische Entwicklungsaufgaben wie Schule, Hobbies, das Pflegen von gleichaltrigen Sozialkontakten und die Körperhygiene vernachlässigt werden und eine entsprechende psychiatrische Grundstörung vorhanden ist, kann im Einzelfall eine stationäre Therapie angezeigt sein. Diese Jugendlichen müssen lernen ihren Tag zu strukturieren, einen Zugang zu ihrem Körper zu bekommen, Sozialkontakte aufzubauen und ihrem Leben jenseits der Welten des „World Wide Web“ einen Sinn zu geben.

Auf der Therapiestation für abhängige Jugendliche und Heranwachsende „Teen Spirit Island“ in Hannover haben die Jugendlichen einen Halt und Struktur gebenden Tagesablauf, beim Hallen- und Felsenklettern können legale Kicks erlebt werden und die Körperwahrnehmung wird geschult, in der Klinikschule wird der kontrollierte Umgang mit Computer und Internet vermittelt und in umfangreichen gruppentherapeutischen Angeboten wird soziale Interaktion erlernt und Ängste können abgebaut werden. Im Fokus der Behandlung steht die psychiatrisch und psychotherapeutische Behandlung der Grundstörung. Durch einen Erweiterungsbau werden auf „Teen Spirit Island“ erstmals ausgewiesene jugendpsychiatrische Plätze für die Behandlung von „Computer- und Internetsucht“ bereitgestellt. Auf „Teen Spirit Island“ gibt es insgesamt 18 Behandlungsplätze. Ungefähr ein Drittel der Behandlungsplätze steht für den Schwerpunkt „Internet- und Computersucht“ zur Verfügung. Dies sind bundesweit die ersten spezialisierten jugendpsychiatrischen Behandlungsplätze für diese Problematik. Die Behandlung der Grundstörung steht im Fokus der gut ein halbes Jahr dauernden Behandlung. In Rahmen von Schul- und Berufspraktika werden die Jugendlichen auf ein Leben jenseits der stationären Therapie vorbereitet. Bei Bedarf kann eine Weiterbetreuung in der kooperierenden Jugendhilfeeinrichtung „Stepkids“ angebahnt werden. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Integration in Schule und Gesellschaft und der weiteren Verselbständigung. Der Kontakt zu „Teen Spirit Island“ erfolgt über die Ambulanz, zu der jeder zuweisen kann (vgl. Möller 2012).

Weitere Informationen sind unter www.hka.de >Teen Spirit Island zu finden.

Ausblick

Bezüglich eines Verständnisses, der Behandlung und Prävention von „Computer- und Internetsucht“ stehen wir am Anfang. Es ist wahrscheinlich, dass immer häufiger Kinder und Jugendliche auftauchen, die sich in den Weiten des „World Wide Web“ zu verlieren drohen und in der virtuellen Welt etwas finden, das ihnen im realen Leben verwehrt ist. Eine Sensibilisierung für das Thema und Aufklärung über mögliche Folgen der exzessiven Mediennutzung ist notwendig. Sinnvolle Präventionsansätze müssen entwickelt und ausgebaut werden. Neben Vermittlung von Medienkompetenz sind vor allem umfassende Sinneserfahrungen, stabile Halt und Schutz gebende Beziehungen und längerfristige Sinnvermittlung in der Kindheit notwendig und hilfreich.

Literatur

van Eimeren, B./Frees, B. 2009: Der Internetnutzer 2009 – multimedial und total vernetzt? ARD/ZDF Onlinestudie. www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online09/Eimeren1_7_09.pdf

DZSKJ (Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters) 2009: Pathologischer Internetgebrauch – eine Übersicht zum Forschungsstand. (Ärztlicher Zwischenbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Projekt „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“). www.handbuch-jugendschutz.de/files/1252395344_Zwischenbericht_20Onlinesucht.pdf

Grüsser, S./Thalemann R. 2006: Computerspielsüchtig. Rat und Hilfe. Bern: Huber

JIM 2009: Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest. www.mpfs.de

Möller, C. 2009: Drogenmissbrauch im Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Möller, C. 2009: JUGEND SUCHT. Ehemals Drogenabhängige berichten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Möller, C. 2009: Internet/Computersucht – eine Problematik für den Kinder- und Jugendarzt? Kinder- und Jugendarzt 2009, 40 (5), 312 – 321

Möller, C. 2012: Internet und Computersucht. Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Pädagogen und Eltern. Stuttgart: Kohlhammer.

Rehbein, F./Kleimann M./Mössle T. 2009:Computerspielabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter: Empirische Befunde zu Ursachen, Diagnostik und Komorbiditäten unter besonderer Berücksichtigung spielimmanenter Abhängigkeitsmerkmale. Hannover: KFN (KFN-Forschungsbericht Nr.: 108)

6.5 Sozialpsychiatrische Beratung für Kinder, Jugendliche und deren Familien

Stefan Pohl, Astrid Zielhofer, Verena Handtke

**Kinder, die Schwierigkeiten machen ,
sind Kinder, die Schwierigkeiten haben.**

Im Rahmen der Regionsbildung kam es vor dem Hintergrund der im Regionsgesetz unter § 9 Besondere Aufgaben (Abs. 4b) vorgegebenen gesetzlichen Grundlage am 01.01.2003 zur Gründung der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien der Region Hannover. Die bis dahin für das Stadtgebiet in gleicher Weise tätige Beratungsstelle der Stadt Hannover verlor in diesem Zuge ihre Aufgaben- sowie Finanzierungsgrundlage und somit kam es zur Auflösung bzw. Umstrukturierung dieser Einrichtung.

Die Beratungsstelle gehört zum Sozialpsychiatrischen Dienst des Fachbereichs Gesundheit der Region Hannover. Ein multiprofessionelles Team, bestehend aus 2,5 Diplom-SozialpädagogInnen, einem Diplom-Psychologen, einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und einer Ärztin sowie 1,5 Verwaltungskräften, arbeitet seit Juni 2004 auf der Grundlage des Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) zusammen. In der Regel wird einmal pro Jahr ein/e Berufspraktikant/in der Sozialpädagogik angeleitet. Die MitarbeiterInnen des therapeutischen Teams verfügen über unterschiedliche Zusatzqualifikationen.

In den Zuständigkeitsbereich, der sich über die gesamte Region Hannover inklusive der Landeshauptstadt erstreckt, fallen ca. 220.000 Minderjährige. Zu den Hauptaufgaben der Beratungsstelle gehören Krisen- und Notfallintervention bei Eigen- und/oder Fremdgefährdung, im Einzelfall aufsuchende Tätigkeit zu Hause oder in Einrichtungen, Case-Management, Kooperation und Vernetzung mit anderen Fachdiensten und Hilfeanbietern, Diagnostik und Begutachtung im Bedarfsfall bei bestehender Betreuung sowie themenbezogene Gruppenangebote. Des Weiteren sind die MitarbeiterInnen engagiert in Gremien und unterschiedlichen Fachgruppen zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Im Rahmen des sog. „Innendienstes“ übernimmt jeweils ein Mitarbeiter für einen bestimmten Wochentag die Clearingstellenfunktion und ist Ansprechpartner für telefonische Anfragen und Anmeldungen. Wir klären alle telefonischen und persönlichen Anfragen gründlich und fachlich fundiert ab. Dabei vermitteln wir gezielt und in Absprache mit den Hilfesuchenden weiter, falls wir nicht zuständig sein sollten (> ca. 50 % der Anfragen). Für akute Kriseninterventionen sind wir immer zuständig und verteilen je nach Dringlichkeit zeitnah – im Notfall sofort – Termine.

Bei Anmeldungen ohne krisenhafte Zuspitzung gelingt es in der Regel zeitnahe Termine für ein Erstgespräch anbieten zu können. Es gibt keine Wartelisten wie bei therapeutischen oder stationären Angeboten. Zusätzlich besteht eine tägliche telefonische Erreichbarkeit der therapeutischen MitarbeiterInnen sowie eine über die Homepage abrufbare E-Mail-Adresse der Beratungsstelle, die insbesondere von Jugendlichen genutzt wird.

Die therapeutischen MitarbeiterInnen verfügen jeweils über ein eigenes Büro, was für vertrauliche Gespräche unerlässlich ist. Des Weiteren stehen zwei sog. Multifunktionsräume zur Verfügung, die für die pädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen genutzt werden.

Die Beratungsstelle befindet sich im Stadtteil List der Landeshauptstadt Hannover und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut erreichbar.

In seltenen Fällen sind Hausbesuche erforderlich, die besonders im Umland sehr zeitintensiv sein können, zumal kein Dienstwagen zur Verfügung steht.

Das vorrangige Ziel unserer Tätigkeit besteht in der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, die sich in ausgeprägten Krisen (meistens mit Selbst- und/oder Fremdgefährdung) befinden und psychische Störungen aufweisen. Es geht um Hilfen und Schutzmaßnahmen nach dem NPsychKG und dem BGB § 1631b.

Dabei klären wir die Notwendigkeit von stationären Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab, leisten Kriseninterventionen und vermitteln ggf. in geeignete ambulante weiterführende Maßnahmen. Durch unsere Interventionen können mitunter stationäre Einweisungen vermieden werden. Wir begleiten die Familien im Sinne einer sozialpsychiatrischen Betreuung und Case-Management.

Unsere Einrichtung hat dadurch eine zentrale Schnittstellenfunktion zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie. Es besteht zudem eine umfangreiche Vernetzung mit den verschiedenen Institution teils mit konkreten Kooperationsvereinbarungen (Jugendamt, Jugendhilfeträger, Kliniken, Schulen und Schulsozialarbeit, andere Beratungsstellen, Familiengerichte, niedergelassene Ärzte und Therapeuten).

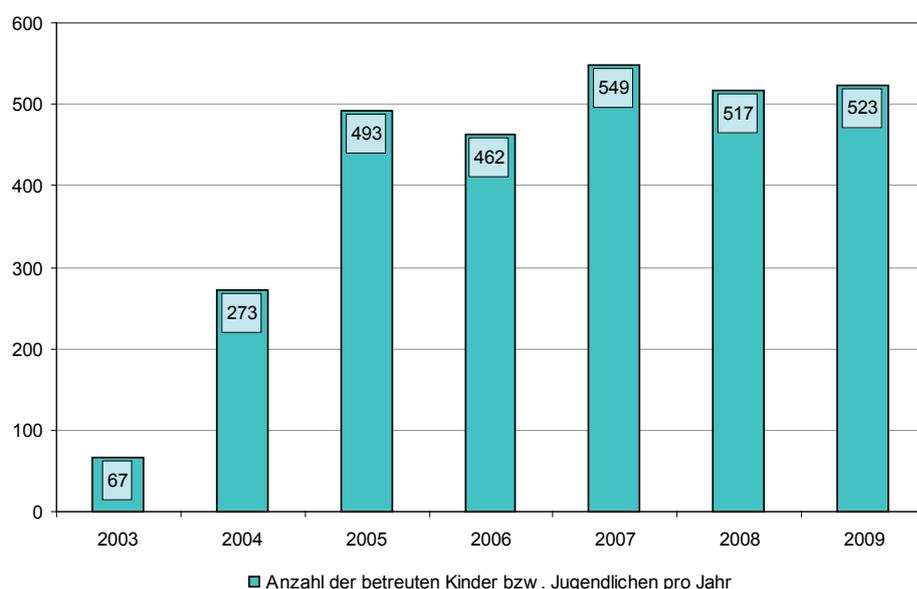


Abb. 6.5.1 Sozialpsychiatrische Beratung für Kinder, Jugendliche und deren Eltern (Hannover), Klientenzahlen 2003 - 2009

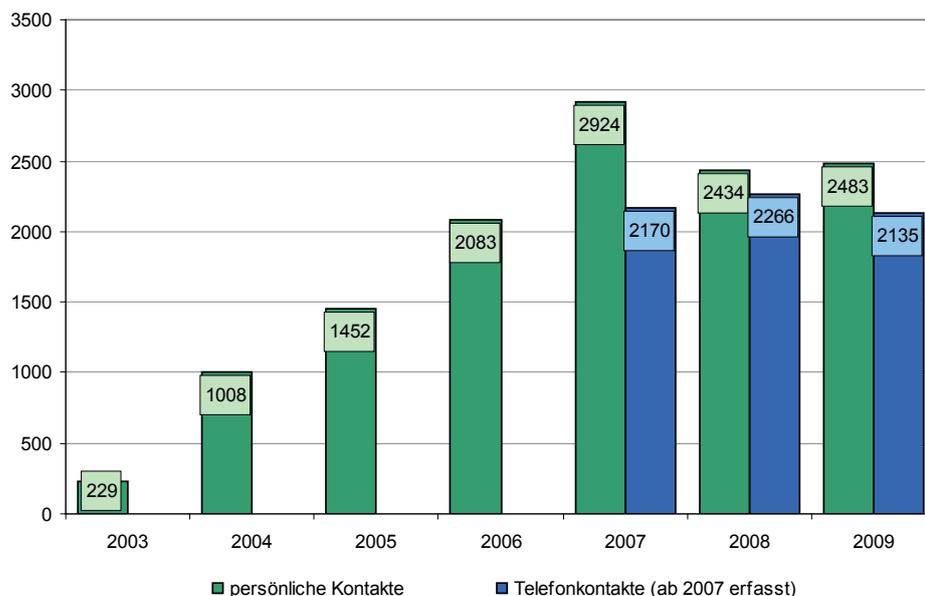


Abb. 6.5.2 Sozialpsychiatrische Beratung für Kinder, Jugendliche und deren Eltern (Hannover), Anzahl der Kontakte für alle Mitarbeiter 2003 – 2009

Aus unserer Statistik 2004 – 2009 ergeben sich folgende Zahlen, Informationen und Trends:

- Regionale Verteilung: Die KlientInnen kommen durchschnittlich zu 50 % aus der Landeshauptstadt Hannover und zu 50 % aus dem Umland der Region Hannover.
- Das Geschlechterverhältnis liegt durchschnittlich bei etwa 40 % weiblich und 60 % männlich.
- Die Altersstruktur der Inanspruchnahme unserer Einrichtung hat sich im Laufe der Jahre zugunsten der Jugendlichen verschoben. Ungefähr Drei Viertel der Index-KlientInnen sind im Alter zwischen 13 und 17 Jahren
- Die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel durch die sorgeberechtigten Eltern; oftmals auf Anraten anderer Institutionen.
- Die häufigsten Vorstellungsgründe sind:
 - Autoaggressives Verhalten und Suizidalität
 - Langandauernde Schulabstinenz
 - Depressive Entwicklungen
 - Gewalterfahrungen oder Gewaltausübung
 - Emotionale Störungen
- Nationalität: Es kamen Eltern mit knapp 30 verschiedenen Nationalitäten. Der Anteil der deutschen Familien liegt bei 75 %. Ansonsten führen Familien mit türkischer Nationalität, vor den deutschrussischen Familien, die Liste der anderen Nationalitäten an.
- Familienzusammenleben: Bei fast 75 % der Familien, die zu uns kamen, leben die Eltern getrennt bzw. in neuen Familienzusammenhängen.
- Sozialstruktur: Etwa 40 % der Eltern sind Hartz IV-Empfänger.
- Psychisch kranke Eltern: Bei der Hälfte der Kinder und Jugendlichen ist mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt (inkl. Suchterkrankungen).
- Folgende ICD 10-Diagnosen sind am häufigsten bei den Kindern und Jugendlichen: Schwere Anpassungsstörungen (mit PTBS) und Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen.
- Aufsuchende Tätigkeit: Es fanden in den letzten Jahren der Beratungsstellentätigkeit durchschnittlich 58 Hausbesuche pro Jahr statt. Die Hausbesuche werden im Zusammenhang mit schweren Krisen teilweise als Notfälle (ca. 25 %) durchgeführt. In zehn Fällen pro Jahr kam es durchschnittlich zu stationären Einweisungen nach § 1631b BGB, ansonsten konnte oftmals eine stationäre Unterbringung verhindert werden.

- Vernetzung: Wir arbeiten mit unterschiedlichen Institutionen und Anbietern zusammen. Am häufigsten mit dem Fachbereich Jugend (KSD, ASD und die freien Jugendämter), mit den Schulen sowie mit den Jugendhelfeträgern und mit anderen ÄrztInnen oder TherapeutInnen.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1	Bevölkerungsdichte 2010, Einwohner pro qkm am 31.12.2010, Niedersachsen	3
Abb. 2.2	Erwerbstätige in Niedersachsen 2010 nach Sektoren; Quelle: LSKN 2011	4
Abb. 2.3	Anteil der Ausländer an der Bevölkerung in % im Jahr, Niedersachsen	5
Abb. 2.4	Bevölkerung 2009 nach Migrationshintergrund und Bundesländern; Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus	6
Abb. 2.5	Prozentualer Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der jeweiligen Altersgruppe, Niedersachsen 2009; Quelle: LSKN 2010	7
Abb. 2.6	Bevölkerung nach Altersgruppen und Migrationsstatus, Niedersachsen 2009; Quelle LSKN 2010	7
Abb. 2.7	Zusammengefasste Geburtenziffer nach Landkreisen, Niedersachsen 2010; Quele: LSKN 2010	8
Abb. 2.8	Arbeitslosenquote 2010, Niedersachsen	8
Abb. 5.1.1	Anzahl Untersuchungen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	19
Abb. 5.1.2	Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	20
Abb. 5.1.3	Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769	21
Abb. 5.1.4	Familiäre Situation, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	22
Abb. 5.1.5	Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	23
Abb. 5.1.6	Kindergartenbesuch / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	24
Abb. 5.1.7	Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 61.655	25
Abb. 5.2.1	Vorlage Vorsorgeheft, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	27
Abb. 5.2.2	Vorlage Vorsorgeheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	28
Abb. 5.2.3	Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769	29
Abb. 5.2.4	Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769	29
Abb. 5.2.5	Vollständigkeit der U5 bis U8 / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769	30
Abb. 5.2.6	Vorlage Vorsorgeheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 45.062	31
Abb. 5.2.7	Vorlage Vorsorgeheft / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 67.678	31
Abb. 5.3.1	Vorlage Impfheft, Schuleingangsuntersuchungen 2010, Niedersachsen, n = 71.388	33

Abb. 5.3.2	Vorlage Impfheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	35
Abb. 5.3.3	Vorlage Impfheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769	36
Abb. 5.3.4	Vorlage Impfheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.937	37
Abb. 5.4.1	Body Mass Index (BMI), Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 70.741	40
Abb. 5.4.2	Body Mass Index (BMI) / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 70.741	41
Abb. 5.4.3	Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.161	42
Abb. 5.4.4	Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.161	43
Abb. 5.4.5	Body Mass Index (BMI) / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.937	44
Abb. 5.4.6	Body Mass Index (BMI) / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 67.035	45
Abb. 5.5.1	Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	47
Abb. 5.5.2	Sehvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	48
Abb. 5.5.3	Sehvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146	49
Abb. 5.5.4	Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146	50
Abb. 5.5.5	Sehvermögen / Ausbildung Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.661	51
Abb. 5.6.1	Hörvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	53
Abb. 5.6.2	Hörvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	54
Abb. 5.6.3	Hörvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 64.922	55
Abb. 5.6.4	Hörvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.537	56
Abb. 5.6.5	Hören / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.316	56
Abb. 5.7.1	Sprachvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	60
Abb. 5.7.2	Sprachvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	61
Abb. 5.7.3	Sprachvermögen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.492	62
Abb. 5.7.4	Sprachvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.549	63

Abb. 5.7.5	Sprachvermögen / Familiensprache, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.035	64
Abb. 5.7.6	Sprachvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.806	65
Abb. 5.7.7	Sprachvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.836	66
Abb. 5.8.1	Grobmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296	68
Abb. 5.8.2	Grobmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296	68
Abb. 5.8.3	Grobmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.640	69
Abb. 5.8.4	Grobmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.141	70
Abb. 5.8.5	Grobmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.525	71
Abb. 5.8.6	Grobmotorik / Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 54.297	72
Abb. 5.8.7	Grobmotorik / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.012	72
Abb. 5.8.8	Grobmotorik / Teilnahme U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.663	73
Abb. 5.9.1	Feinmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296	75
Abb. 5.9.2	Feinmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296	76
Abb. 5.9.3	Feinmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.018	77
Abb. 5.9.4	Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.518	78
Abb. 5.9.5	Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.518	78
Abb. 5.9.6	Feinmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.783	79
Abb. 5.9.7	Feinmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.354	80
Abb. 5.9.8	Feinmotorische Entwicklung / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.042	80
Abb. 6.1.1	Verhalten, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.841	87
Abb. 6.1.2	Verhalten / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.642	88
Abb. 6.1.3	Verhalten / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.212	89

Abb. 6.1.4	Verhalten / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 42.738	90
Abb. 6.1.5	Verhalten / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 59.976	91
Abb. 6.1.6	Verhalten / Besuch der U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.666	93
Abb. 6.5.1	Sozialpsychiatrische Beratung für Kinder, Jugendliche und deren Eltern (Hannover), Klientenzahlen 2003 - 2009	112
Abb. 6.5.2	Sozialpsychiatrische Beratung für Kinder, Jugendliche und deren Eltern (Hannover), Anzahl der Kontakte für alle Mitarbeiter 2003 – 2009	113

Tabellenverzeichnis

Tab. 5.1.1	Anzahl Erstuntersuchungen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	124
Tab. 5.1.2	Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388 (Teil 1)	125
Tab. 5.1.2	Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388 (Teil 2)	126
Tab. 5.1.3	Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	127
Tab. 5.1.4	Familiäre Situation, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	127
Tab. 5.1.5	Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	127
Tab. 5.1.6	Kindergartenbesuch / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	128
Tab. 5.1.7	Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 61.655 (Teil 1)	129
Tab. 5.1.7	Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 61.655 (Teil 2)	130
Tab. 5.2.1	Vorlage Vorsorgeheft, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	131
Tab. 5.2.2	Vorlage Vorsorgeheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	131
Tab. 5.2.3	Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769	132
Tab. 5.2.4	Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769	132
Tab. 5.2.5	Vollständigkeit der U5 bis U8 / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769	132
Tab. 5.2.6	Vorlage Vorsorgeheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 45.062	132
Tab. 5.2.7	Vorlage Vorsorgeheft / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 67.678	132

Tab. 5.3.1a	Impfschutz, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.163	34
Tab. 5.3.1	Vorlage Impfheft, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	133
Tab. 5.3.2	Vorlage Impfheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388"	133
Tab. 5.3.3	Vorlage Impfheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769	134
Tab. 5.3.4	Vorlage Impfheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.937	134
Tab. 5.4.1	Body Mass Index (BMI), Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 70.741	135
Tab. 5.4.2	Body Mass Index (BMI) / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 70.741	135
Tab. 5.4.3	Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.161	136
Tab. 5.4.4	Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.161	136
Tab. 5.4.5	Body Mass Index (BMI) / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.937	136
Tab. 5.4.5	Body Mass Index (BMI) / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 67.035	136
Tab. 5.5.1	Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753 /	137
Tab. 5.5.2	Sehvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	137
Tab. 5.5.3	Sehvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146	138
Tab. 5.5.4	Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146	138
Tab. 5.5.4 a	Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146	50
Tab. 5.5.5	Sehvermögen / Ausbildung Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.661	138
Tab. 5.5.5a	Sehvermögen / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U7 und U8, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 64.345	52
Tab. 5.5.6	Sehvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.522	138
Tab. 5.6.1	Hörvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	139
Tab. 5.6.2	Hörvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	139

Tab. 5.6.3	Hörvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 64.922	140
Tab. 5.6.3a	Hörvermögen / Migrationshintergrund, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 64.922	55
Tab. 5.6.4	Hörvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.537	140
Tab. 5.6.5	Hörvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.316	140
Tab. 5.7.1	Sprachvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	141
Tab. 5.7.2	Sprachvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753	141
Tab. 5.7.3	Sprachvermögen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.492	142
Tab. 5.7.4	Sprachvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.549	142
Tab. 5.7.5	Sprachvermögen / Familiensprache, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.035	142
Tab. 5.7.5a	Sprachvermögen / Familiensprache, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.035	64
Tab. 5.7.6	Sprachvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.806	142
Tab. 5.8.1	Grobmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296	143
Tab. 5.8.2	Grobmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296	143
Tab. 5.8.3	Grobmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.640	144
Tab. 5.8.4	Grobmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.141	144
Tab. 5.8.5	Grobmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.525	144
Tab. 5.8.6	Grobmotorische Entwicklung / Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 54.297	144
Tab. 5.8.7	Grobmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.012	145
Tab. 5.8.8	Grobmotorische Entwicklung / Teilnahme U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.663	145
Tab. 5.9.1	Feinmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296	146
Tab. 5.9.2	Feinmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296	146
Tab. 5.9.3	Feinmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.018	147

Tab. 5.9.4	Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.518	147
Tab. 5.9.5	Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.518	147
Tab. 5.9.6	Feinmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.783	148
Tab. 5.9.7	Feinmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.354	148
Tab. 5.9.8	Feinmotorische Entwicklung / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.042	148
Tab. 6.1.1	Verhalten, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.841	149
Tab. 6.1.2	Verhalten / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.642	149
Tab. 6.1.3	Verhalten / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.212	150
Tab. 6.1.4	Verhalten / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 42.738	150
Tab. 6.1.5	Verhalten / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 59.976	150
Tab. 6.1.5a	Verhalten / Kindergartenbesuch / Geschlecht, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 59.976	92
Tab. 6.1.6	Verhalten / Besuch der U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.666	150
Tab. 6.4.1	Merkmale und Kriterien einer „Computerspiel“- und „Internetsucht“ (in Anlehnung an: Grüsser und Thalemann 2006)	107
Karte:	Anwendergemeinschaften	153
Karte:	Herkunftsregionen	154

Anhang Tabellen

Tab. 5.1.1 Anzahl Erstuntersuchungen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388	
Landkreis	Gesamt
Gesamt	71.388
Ammerland	1.101
Aurich	1.787
Braunschweig, Stadt	1.924
Cloppenburg	1.992
Cuxhaven	1.847
Delmenhorst, Stadt	668
Diepholz	2.035
Emden, Stadt	469
Emsland	3.457
Friesland	904
Gifhorn	1.796
Goslar	1.024
Göttingen	2.067
Grafschaft Bentheim	1.456
Hamelnd-Pyrmont	1.257
Hannover, Region	10.059
Harburg	2.341
Helmstedt	725
Hildesheim	2.557
Holzminden	600
Leer	1.645
Lüchow-Dannenberg	422
Lüneburg	1.801
Nienburg (Weser)	1.219
Northeim	1.208
Oldenburg, Landkreis	1.369
Oldenburg, Stadt	1.389
Osnabrück, Landkreis	3.666
Osnabrück, Stadt	1.314
Osterode	607
Peine	1.369
Rotenburg (Wümme)	1.725
Salzgitter, Stadt	893
Schaumburg	1.472
Soltau-Fallingbostel	1.273
Stade	1.893
Uelzen	812
Vechta	1.635
Verden	1.371
Wesermarsch	827
Wilhelmshaven, Stadt	647
Wittmund	543
Wolfenbüttel	1.166
Wolfsburg, Stadt	1.056

Tab. 5.1.2 Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388 (Teil 1)

Landkreis	Asien, Australien, Ozeanien	%	Afrika	%	Deutsch- land	%	Naher Osten	%
Gesamt	694	1,1	286	0,4	51.294	77,4	1.563	2,4
Ammerland	10	0,9	3	0,3	900	81,7	19	1,7
Aurich	28	1,6	2	0,1	1.472	82,4	19	1,1
Braunschweig, Stadt	32	1,7	8	0,4	1.410	73,3	48	2,5
Cloppenburg	20	1	4	0,2	1.260	63,3	31	1,6
Cuxhaven	10	0,5	3	0,2	1.618	87,6	37	2
Delmenhorst, Stadt	16	2,4	6	0,9	346	51,8	42	6,3
Diepholz	28	1,4	3	0,1	1.641	80,6	51	2,5
Emden, Stadt	6	1,3	5	1,1	345	73,6	10	2,1
Friesland	6	0,7	0	0	804	88,9	14	1,5
Gifhorn	12	0,7	4	0,2	1.277	71,1	9	0,5
Goslar	6	0,6	1	0,1	957	93,5	6	0,6
Göttingen	26	1,3	2	0,1	1.640	79,3	56	2,7
Grafschaft Bentheim	3	0,2	4	0,3	1.023	70,3	25	1,7
Hameln-Pyrmont	17	1,4	5	0,4	961	76,5	30	2,4
Hannover, Region	152	1,5	129	1,3	6.530	64,9	518	5,1
Harburg	30	1,3	6	0,3	2.088	89,2	28	1,2
Helmstedt	1	0,1	0	0	682	94,1	4	0,6
Hildesheim	30	1,2	5	0,2	1.975	77,2	91	3,6
Holzminen	6	1	3	0,5	477	79,5	11	1,8
Leer	8	0,5	12	0,7	1.412	85,8	38	2,3
Lüchow-Dannenberg	3	0,7	1	0,2	386	91,5	0	0
Lüneburg	14	0,8	1	0,1	1.577	87,6	31	1,7
Nienburg (Weser)	10	0,8	3	0,2	947	77,7	31	2,5
Northeim	10	0,8	2	0,2	963	79,7	26	2,2
Oldenburg, Landkreis	19	1,4	1	0,1	1.164	85	22	1,6
Oldenburg, Stadt	18	1,3	14	1	1.049	75,5	54	3,9
Osnabrück, Landkreis	27	0,7	6	0,2	2.874	78,4	11	0,3
Osnabrück, Stadt	32	2,4	12	0,9	838	63,8	39	3
Osterode	4	0,7	0	0	536	88,3	4	0,7
Peine	6	0,4	0	0	1.136	83	22	1,6
Rotenburg (Wümme)	15	0,9	5	0,3	1.475	85,5	11	0,6
Salzgitter, Stadt	2	0,2	0	0	859	96,2	1	0,1
Schaumburg	12	0,8	7	0,5	1.166	79,2	27	1,8
Soltau-Fallingb.ostel	2	0,2	3	0,2	1.066	83,7	10	0,8
Stade	11	0,6	6	0,3	1.530	80,8	40	2,1
Uelzen	6	0,7	2	0,2	694	85,5	11	1,4
Verden	9	0,7	3	0,2	1.003	73,2	14	1
Wesermarsch	13	1,6	4	0,5	637	77	8	1
Wilhelmshaven, Stadt	14	2,2	4	0,6	457	70,6	30	4,6
Wittmund	5	0,9	0	0,0	466	85,8	6	1,1
Wolfenbüttel	2	0,2	3	0,3	1.024	87,8	24	2,1
Wolfsburg, Stadt	13	1,2	4	0,4	629	59,6	54	5,1

Tab. 5.1.2 Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388 (Teil 2)

Osteuropa	%	Nord-/Südamerika	%	Türkei	%	Westeuropa	%	keine Angabe	%	Gesamt
7.614	11,5	302	0,5	2.908	4,4	1.108	1,7	527	0,8	66.296
94	8,5	4	0,4	22	2	15	1,4	34	3,1	1.101
113	6,3	41	2,3	26	1,5	22	1,2	64	3,6	1.787
237	12,3	10	0,5	148	7,7	28	1,5	3	0,2	1.924
594	29,8	5	0,3	52	2,6	17	0,9	9	0,5	1.992
100	5,4	4	0,2	24	1,3	35	1,9	16	0,9	1.847
128	19,2	4	0,6	106	15,9	13	1,9	7	1	668
232	11,4	9	0,4	57	2,8	13	0,6	1	0	2.035
71	15,1	9	1,9	17	3,6	5	1,1	1	0,2	469
46	5,1	3	0,3	16	1,8	15	1,7	0	0	904
322	17,9	12	0,7	63	3,5	20	1,1	77	4,3	1.796
20	2	0	0	20	2	6	0,6	8	0,8	1.024
201	9,7	10	0,5	70	3,4	31	1,5	31	1,5	2.067
185	12,7	5	0,3	37	2,5	96	6,6	78	5,4	1.456
160	12,7	1	0,1	60	4,8	22	1,8	1	0,1	1.257
1.482	14,7	79	0,8	822	8,2	295	2,9	52	0,5	10.059
118	5	5	0,2	50	2,1	15	0,6	1	0	2.341
24	3,3	1	0,1	5	0,7	4	0,6	4	0,6	725
262	10,2	9	0,4	125	4,9	40	1,6	20	0,8	2.557
66	11	3	0,5	26	4,3	6	1	2	0,3	600
97	5,9	2	0,1	21	1,3	46	2,8	9	0,5	1.645
27	6,4	0	0	2	0,5	1	0,2	2	0,5	422
113	6,3	7	0,4	26	1,4	13	0,7	19	1,1	1.801
140	11,5	4	0,3	75	6,2	8	0,7	1	0,1	1.219
155	12,8	1	0,1	32	2,6	17	1,4	2	0,2	1.208
103	7,5	2	0,1	50	3,7	8	0,6	0	0	1.369
140	10,1	9	0,6	89	6,4	16	1,2	0	0	1.389
591	16,1	4	0,1	103	2,8	50	1,4	0	0	3.666
237	18	2	0,2	121	9,2	33	2,5	0	0	1.314
33	5,4	1	0,2	23	3,8	6	1	0	0	607
105	7,7	1	0,1	92	6,7	7	0,5	0	0	1.369
156	9	6	0,3	30	1,7	20	1,2	7	0,4	1.725
9	1	0	0	18	2	1	0,1	3	0,3	893
158	10,7	2	0,1	76	5,2	22	1,5	2	0,1	1.472
117	9,2	1	0,1	53	4,2	21	1,6	0	0	1.273
187	9,9	15	0,8	74	3,9	19	1	11	0,6	1.893
73	9	1	0,1	9	1,1	7	0,9	9	1,1	812
216	15,8	6	0,4	105	7,7	13	0,9	2	0,1	1.371
77	9,3	3	0,4	68	8,2	16	1,9	1	0,1	827
70	10,8	1	0,2	26	4	6	0,9	39	6,1	647
49	9,0	0	0,0	13	2,4	4	0,7	0	0,0	543
56	4,8	3	0,3	34	2,9	14	1,2	6	0,5	1.166
250	23,7	17	1,6	22	2,1	62	5,9	5	0,5	1.056

Tab. 5.1.3 Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Migrationshintergrund nach Regionen	Gesamt	%
Gesamt	71.388	100,0
Asien, Australien, Ozeanien	694	1,0
Afrika	286	0,4
Deutschland	51.294	71,9
Naher Osten	1.563	2,2
Osteuropa	7.614	10,7
Nord-/Südamerika	302	0,4
Türkei	2.908	4,1
Westeuropa	1.108	1,6
keine Angabe	5.619	7,9

Tab. 5.1.4 Familiäre Situation, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Familiäre Situation	Gesamt	%
Gesamt	71.388	100,0
Eltern	47.471	66,5
Elternteil+Partner	2.416	3,4
Alleinerziehend	6.507	9,1
Pflege-/Großeltern/ Heim/Institution	415	0,6
keine Angabe	14.579	20,4

Tab. 5.1.5 Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Berufstätigkeit der Eltern	Gesamt	%
Gesamt	71.388	100,0
beide berufstätig: Ganztage oder Teilzeit	31.558	44,2
einer berufstätig: Ganztage oder Teilzeit	17.468	24,5
geringfügige/keine Beschäftigung	5.768	8,1
keine Angabe	16.594	23,2

Tab. 5.1.6 Kindergartenbesuch / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388

Landkreis	kein Kindergartenbesuch	%	Kindergartenbesuch	%	keine Angabe	%	Gesamt
Gesamt	1.071	1,5	66.607	93,3	3.710	5,2	71.388
Ammerland	13	1,2	1.087	98,7	1	0,1	1.101
Aurich	65	3,6	1.708	95,6	14	0,8	1.787
Braunschweig, Stadt	20	1	1.775	92,3	129	6,7	1.924
Cloppenburg	63	3,2	1.929	96,8	0	0	1.992
Cuxhaven	12	0,6	1.463	79,2	372	20,1	1.847
Delmenhorst, Stadt	17	2,5	651	97,5	0	0	668
Diepholz	19	0,9	2.016	99,1	0	0	2.035
Emden, Stadt	17	3,6	452	96,4	0	0	469
Emsland	109	3,2	3.348	96,8	0	0	3.457
Friesland	62	6,9	842	93,1	0	0	904
Gifhorn	60	3,3	1.627	90,6	109	6,1	1.796
Goslar	14	1,4	998	97,5	12	1,2	1.024
Göttingen	13	0,6	1.777	86	277	13,4	2.067
Grafschaft Bentheim	66	4,5	1.385	95,1	5	0,3	1.456
Hameln-Pyrmont	12	1	1.222	97,2	23	1,8	1.257
Hannover, Region	139	1,4	9.565	95,1	355	3,5	10.059
Harburg	15	0,6	2.024	86,5	302	12,9	2.341
Helmstedt	5	0,7	592	81,7	128	17,7	725
Hildesheim	15	0,6	2.280	89,2	262	10,2	2.557
Holzminen	4	0,7	595	99,2	1	0,2	600
Leer	50	3	1.594	96,9	1	0,1	1.645
Lüchow-Dannenberg	6	1,4	414	98,1	2	0,5	422
Lüneburg	7	0,4	1.377	76,5	417	23,2	1.801
Nienburg (Weser)	15	1,2	1.203	98,7	1	0,1	1.219
Northeim	9	0,7	1.046	86,6	153	12,7	1.208
Oldenburg, Landkreis	28	2	1.338	97,7	3	0,2	1.369
Oldenburg, Stadt	16	1,2	1.373	98,8	0	0	1.389
Osnabrück, Landkreis	29	0,8	3.578	97,6	59	1,6	3.666
Osnabrück, Stadt	5	0,4	1.305	99,3	4	0,3	1.314
Osterode	9	1,5	494	81,4	104	17,1	607
Peine	8	0,6	1.357	99,1	4	0,3	1.369
Rotenburg (Wümme)	6	0,3	1.399	81,1	320	18,6	1.725
Salzgitter, Stadt	15	1,7	727	81,4	151	16,9	893
Schaumburg	6	0,4	1.466	99,6	0	0	1.472
Soltau-Fallingb.ostel	10	0,8	1.107	87	156	12,3	1.273
Stade	9	0,5	1.599	84,5	285	15,1	1.893
Uelzen	8	1	799	98,4	5	0,6	812
Vechta	12	0,7	1.623	99,3	0	0	1.635
Verden	43	3,1	1.322	96,4	6	0,4	1.371
Wesermarsch	14	1,7	812	98,2	1	0,1	827
Wilhelmshaven, Stadt	11	1,7	632	97,7	4	0,6	647
Wittmund	2	0,4	541	99,6	0	0	543
Wolfenbüttel	5	0,4	1.153	98,9	8	0,7	1.166
Wolfsburg, Stadt	8	0,8	1.012	95,8	36	3,4	1.056

Tab. 5.1.7 Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 61.655 (Teil 1)								
Landkreis	keine Geschwister	%	ein Geschwister-kind	%	zwei Geschwister	%	drei Geschwister	%
Gesamt	12.634	29,6	29.998	42,9	12.220	17,4	3.871	5,5
Aurich	385	21,5	820	45,9	369	20,6	130	7,3
Braunschweig, Stadt	474	24,6	994	51,7	341	17,7	82	4,3
Cloppenburg	261	13,1	938	47,1	463	23,2	173	8,7
Cuxhaven	338	18,3	898	48,6	391	21,2	119	6,4
Delmenhorst, Stadt	148	22,2	274	41	163	24,4	49	7,3
Diepholz	409	20,1	983	48,3	401	19,7	121	5,9
Emden, Stadt	87	18,6	217	46,3	83	17,7	42	9
Friesland	183	20,2	433	47,9	181	20	71	7,9
Gifhorn	329	18,3	940	52,3	332	18,5	93	5,2
Goslar	256	25	485	47,4	193	18,8	57	5,6
Göttingen	426	20,6	985	47,7	400	19,4	134	6,5
Hannover, Region	2.126	21,1	5.012	49,8	1.880	18,7	591	5,9
Harburg	479	20,5	1.232	52,6	414	17,7	133	5,7
Helmstedt	166	22,9	363	50,1	134	18,5	44	6,1
Hildesheim	499	19,5	1.243	48,6	537	21	161	6,3
Holzminde	135	22,5	284	47,3	115	19,2	40	6,7
Leer	283	17,2	803	48,8	343	20,9	116	7,1
Lüchow-Dannenberg	88	20,9	200	47,4	86	20,4	28	6,6
Lüneburg	378	21	926	51,4	327	18,2	103	5,7
Nienburg (Weser)	233	19,1	583	47,8	257	21,1	83	6,8
Northeim	257	21,3	558	46,2	236	19,5	78	6,5
Oldenburg, Landkreis	265	19,4	683	49,9	287	21	76	5,6
Oldenburg, Stadt	333	24	663	47,7	296	21,3	53	3,8
Osnabrück, Landkreis	583	15,9	1.817	49,6	808	22	247	6,7
Osnabrück, Stadt	277	21,1	627	47,7	302	23	78	5,9
Osterode	153	25,2	274	45,1	122	20,1	31	5,1
Peine	303	22,1	663	48,4	224	16,4	99	7,2
Rotenburg (Wümme)	304	17,6	833	48,3	379	22	125	7,2
Salzgitter, Stadt	210	23,5	382	42,8	178	19,9	64	7,2
Schaumburg	305	20,7	731	49,7	298	20,2	83	5,6
Soltau-Fallingb.ostel	253	19,9	630	49,5	245	19,2	88	6,9
Stade	373	19,7	953	50,3	378	20	122	6,4
Uelzen	163	20,1	365	45	187	23	69	8,5
Verden	242	17,7	662	48,3	253	18,5	103	7,5
Wilhelmshaven, Stadt	115	17,8	278	43,0	145	22,4	51	7,9
Wittmund	106	19,5	242	44,6	127	23,4	43	7,9
Wolfenbüttel	247	21,2	594	50,9	226	19,4	63	5,4
Wolfsburg, Stadt	246	23,3	523	49,5	183	17,3	63	6

Tab. 5.1.7 Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 61.655 (Teil 2)

Landkreis	vier Geschwister	%	fünf und mehr Geschwister	%	keine Angabe	%	Gesamt
Gesamt	1.401	2	1.267	1,8	264	0,7	61.655
Aurich	46	2,6	37	2,1	0	0	1.787
Braunschweig, Stadt	22	1,1	11	0,6	0	0	1.924
Cloppenburg	67	3,4	90	4,5	0	0	1.992
Cuxhaven	52	2,8	47	2,5	2	0,1	1.847
Delmenhorst, Stadt	22	3,3	12	1,8	0	0	668
Diepholz	39	1,9	67	3,3	15	0,7	2.035
Emden, Stadt	18	3,8	22	4,7	0	0	469
Friesland	25	2,8	11	1,2	0	0	904
Gifhorn	39	2,2	62	3,5	1	0,1	1.796
Goslar	22	2,1	11	1,1	0	0	1.024
Göttingen	55	2,7	32	1,5	35	1,7	2.067
Hannover, Region	197	2	162	1,6	91	0,9	10.059
Harburg	45	1,9	33	1,4	5	0,2	2.341
Helmstedt	9	1,2	9	1,2	0	0	725
Hildesheim	57	2,2	55	2,2	5	0,2	2.557
Holzminde	18	3	7	1,2	1	0,2	600
Leer	53	3,2	47	2,9	0	0	1.645
Lüchow-Dannenberg	8	1,9	12	2,8	0	0	422
Lüneburg	48	2,7	19	1,1	0	0	1.801
Nienburg (Weser)	33	2,7	29	2,4	1	0,1	1.219
Northeim	58	4,8	0	0	21	1,7	1.208
Oldenburg, Landkreis	26	1,9	28	2	4	0,3	1.369
Oldenburg, Stadt	25	1,8	19	1,4	0	0	1.389
Osnabrück, Landkreis	80	2,2	77	2,1	54	1,5	3.666
Osnabrück, Stadt	19	1,4	11	0,8	0	0	1.314
Osterode	13	2,1	13	2,1	1	0,2	607
Peine	32	2,3	45	3,3	3	0,2	1.369
Rotenburg (Wümme)	40	2,3	44	2,6	0	0	1.725
Salzgitter, Stadt	24	2,7	35	3,9	0	0	893
Schaumburg	23	1,6	31	2,1	1	0,1	1.472
Soltau-Fallingb. Bstl.	30	2,4	27	2,1	0	0	1.273
Stade	36	1,9	31	1,6	0	0	1.893
Uelzen	13	1,6	13	1,6	2	0,2	812
Verden	45	3,3	61	4,4	5	0,4	1.371
Wilhelmshaven, Stadt	25	3,9	19	2,9	14	2,2	647
Wittmund	14	2,6	11	2	0	0	543
Wolfenbüttel	22	1,9	14	1,2	0	0	1.166
Wolfsburg, Stadt	21	2	18	1,7	2	0,2	1.056

Tab. 5.2.1 Vorlage Vorsorgeheft, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388					
Landkreis	Vorsorgeheft nicht vorgelegt	%	Vorsorgeheft vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	5.001	7	66.387	93,0	71.388
Tab. 5.2.2 Vorlage Vorsorgeheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388					
Ammerland	57	5,2	1.044	94,8	1.101
Aurich	191	10,7	1.596	89,3	1.787
Braunschweig, Stadt	119	6,2	1.805	93,8	1.924
Cloppenburg	56	2,8	1.936	97,2	1.992
Cuxhaven	119	6,4	1.728	93,6	1.847
Delmenhorst, Stadt	50	7,5	618	92,5	668
Diepholz	153	7,5	1.882	92,5	2.035
Emden, Stadt	50	10,7	419	89,3	469
Emsland	253	7,3	3.204	92,7	3.457
Friesland	89	9,8	815	90,2	904
Gifhorn	115	6,4	1.681	93,6	1.796
Goslar	102	10	922	90,0	1.024
Göttingen	178	8,6	1.889	91,4	2.067
Grafschaft Bentheim	198	13,6	1.258	86,4	1.456
Hameln-Pyrmont	128	10,2	1.129	89,8	1.257
Hannover, Region	522	5,2	9.537	94,8	10.059
Harburg	128	5,5	2.213	94,5	2.341
Helmstedt	41	5,7	684	94,3	725
Hildesheim	116	4,5	2.441	95,5	2.557
Holzwinden	41	6,8	559	93,2	600
Leer	179	10,9	1.466	89,1	1.645
Lüchow-Dannenberg	34	8,1	388	91,9	422
Lüneburg	201	11,2	1.600	88,8	1.801
Nienburg (Weser)	122	10	1.097	90,0	1.219
Northeim	77	6,4	1.131	93,6	1.208
Oldenburg, Landkreis	67	4,9	1.302	95,1	1.369
Oldenburg, Stadt	140	10,1	1.249	89,9	1.389
Osnabrück, Landkreis	126	3,4	3.540	96,6	3.666
Osnabrück, Stadt	56	4,3	1.258	95,7	1.314
Osterode	42	6,9	565	93,1	607
Peine	70	5,1	1.299	94,9	1.369
Rotenburg (Wümme)	140	8,1	1.585	91,9	1.725
Salzgitter, Stadt	104	11,6	789	88,4	893
Schaumburg	96	6,5	1.376	93,5	1.472
Soltau-Fallingb. Stel	67	5,3	1.206	94,7	1.273
Stade	164	8,7	1.729	91,3	1.893
Uelzen	76	9,4	736	90,6	812
Vechta	137	8,4	1.498	91,6	1.635
Verden	83	6,1	1.288	93,9	1.371
Wesermarsch	26	3,1	801	96,9	827
Wilhelmshaven, Stadt	67	10,4	580	89,6	647
Wittmund	30	5,5	513	94,5	543
Wolfenbüttel	110	9,4	1.056	90,6	1.166
Wolfsburg, Stadt	81	7,7	975	92,3	1.056

Tab. 5.2.3 Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769

Migrationshintergrund	Vorsorgeheft nicht vorgelegt	%	Vorsorgeheft vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	4.459	6,8	61.310	93,2	65.769
ohne Migrationshintergrund	2.771	5,4	48.523	94,6	51.294
mit Migrationshintergrund	1.688	11,7	12.787	88,3	14.475

Tab. 5.2.4 Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769

Migrationshintergrund nach Regionen	Vorsorgeheft nicht vorgelegt	%	Vorsorgeheft vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	4.459	6,8	61.310	93,2	65.769
Deutschland	2.771	5,4	48.523	94,6	51.294
Afrika	40	14,0	246	86,0	286
Asien, Australien, Ozeanien	86	12,4	608	87,6	694
Naher Osten	267	17,1	1.296	82,9	1.563
Nord-/Südamerika	47	15,6	255	84,4	302
Osteuropa	771	10,1	6.843	89,9	7.614
Türkei	314	10,8	2.594	89,2	2.908
Westeuropa	163	14,7	945	85,3	1.108

Tab. 5.2.5 Vollständigkeit der U5 bis U8 / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769

Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen	U5-U8 unvollständig	%	U5-U8 komplett	%	Gesamt
Gesamt	12.431	18,9	53.338	81,1	65.769
Deutschland	7.320	14,3	43.974	85,7	51.294
Asien, Australien, Ozeanien	253	36,5	441	63,5	694
Afrika	125	43,7	161	56,3	286
Naher Osten	752	48,1	811	51,9	1.563
Osteuropa	2.370	31,1	5.244	68,9	7.614
Nord-/ Südamerika	115	38,1	187	61,9	302
Türkei	1.142	39,3	1.766	60,7	2.908
Westeuropa	354	31,9	754	68,1	1.108

Tab. 5.2.6 Vorlage Vorsorgeheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 45.062

Ausbildung der Eltern	Vorsorgeheft nicht vorgelegt	%	Vorsorgeheft vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	2.348	5,2	42.589	94,5	45.062
bildungsfern	694	10,6	5.863	89,4	6.598
mittlere Bildung	1.185	4,5	25.377	95,5	26.631
bildungsnah	469	4,0	11.349	96,0	11.833

Tab. 5.2.7 Vorlage Vorsorgeheft / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 67.678

Kindergartenbesuch	Vorsorgeheft nicht vorgelegt	%	Vorsorgeheft vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	4.344	6,4	63.334	93,6	67.678
kein Kindergartenbesuch	344	32,1	727	67,9	1.071
Kindergartenbesuch	4.000	6,0	62.607	94,0	66.607

Tab. 5.3.1 Vorlage Impfheft, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388					
Landkreis	Impfau- weis nicht vorgelegt	%	Impfauweis vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	5.225	7,3	66.163	92,7	71.388
Tab. 5.3.2 Vorlage Impfheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 71.388					
Ammerland	81	7,4	1.020	92,6	1.101
Aurich	222	12,4	1.565	87,6	1.787
Braunschweig, Stadt	73	3,8	1.851	96,2	1.924
Cloppenburg	76	3,8	1.916	96,2	1.992
Cuxhaven	127	6,9	1.720	93,1	1.847
Delmenhorst, Stadt	47	7	621	93	668
Diepholz	179	8,8	1.856	91,2	2.035
Emden, Stadt	54	11,5	415	88,5	469
Emsland	265	7,7	3.192	92,3	3.457
Friesland	96	10,6	808	89,4	904
Gifhorn	113	6,3	1.683	93,7	1.796
Goslar	93	9,1	931	90,9	1.024
Göttingen	152	7,4	1.915	92,6	2.067
Grafschaft Bentheim	123	8,4	1.333	91,6	1.456
Hameln-Pyrmont	123	9,8	1.134	90,2	1.257
Hannover, Region	591	5,9	9.468	94,1	10.059
Harburg	147	6,3	2.194	93,7	2.341
Helmstedt	45	6,2	680	93,8	725
Hildesheim	114	4,5	2.443	95,5	2.557
Holzminden	42	7	558	93	600
Leer	225	13,7	1.420	86,3	1.645
Lüchow-Dannenberg	52	12,3	370	87,7	422
Lüneburg	208	11,5	1.593	88,5	1.801
Nienburg (Weser)	149	12,2	1.070	87,8	1.219
Northeim	88	7,3	1.120	92,7	1.208
Oldenburg, Landkreis	77	5,6	1.292	94,4	1.369
Oldenburg, Stadt	144	10,4	1.245	89,6	1.389
Osnabrück, Landkreis	190	5,2	3.476	94,8	3.666
Osnabrück, Stadt	48	3,7	1.266	96,3	1.314
Osterode	55	9,1	552	90,9	607
Peine	82	6	1.287	94	1.369
Rotenburg (Wümme)	88	5,1	1.637	94,9	1.725
Salzgitter, Stadt	85	9,5	808	90,5	893
Schaumburg	98	6,7	1.374	93,3	1.472
Soltau-Fallingb.ostel	69	5,4	1.204	94,6	1.273
Stade	145	7,7	1.748	92,3	1.893
Uelzen	81	10	731	90	812
Vechta	141	8,6	1.494	91,4	1.635
Verden	95	6,9	1.276	93,1	1.371
Wesermarsch	63	7,6	764	92,4	827
Wilhelmshaven, Stadt	70	10,8	577	89,2	647
Wittmund	46	8,5	497	91,5	543
Wolfenbüttel	101	8,7	1.065	91,3	1.166
Wolfsburg, Stadt	62	5,9	994	94,1	1.056

Tab. 5.3.3 Vorlage Impfheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.769

Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen	Impfstatus nicht vorgelegt	%	Impfstatus vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	4.714	7,2	61.52	92,8	65.769
Deutschland	3.295	6,4	47.999	93,6	51.294
Afrika	35	12,2	251	87,8	286
Asien, Australien, Ozeanien	67	9,7	627	90,3	694
Naher Osten	247	15,8	1.316	84,2	1.563
Nord-/ Südamerika	32	10,6	270	89,4	302
Osteuropa	624	8,2	6.990	91,8	7.614
Türkei	311	10,7	2.597	89,3	2.908
Westeuropa	106	9,6	1.002	90,4	1.108

Tab. 5.3.4 Vorlage Impfheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.937

Ausbildung der Eltern	Impfstatus nicht vorgelegt	%	Impfstatus vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	2.590	5,8	42.347	94,2	44.937
bildungsfern	697	10,7	5.860	89,3	6.557
mittlere Bildung	1.382	5,2	25.180	94,8	26.562
bildungsnah	511	4,4	11.307	95,6	11.818

Tab. 5.4.1 Body Mass Index (BMI), Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 70.741											
Landkreis	starkes Unter-gewicht	%	Unter-gewicht	%	Normal-gewicht	%	Über-gewicht	%	Adipositas	%	Gesamt
Gesamt	2.757	3,9	4.836	6,8	56.212	79,5	4.104	5,8	2.832	4	70.741
Tab. 5.4.2 Body Mass Index (BMI) / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 70.741											
Ammerland	25	2,3	55	5	913	82,9	69	6,3	39	3,5	1.101
Aurich	36	2	80	4,5	1.462	81,8	132	7,4	77	4,3	1.787
Braunschweig, Stadt	44	2,3	128	6,7	1.543	80,2	116	6	93	4,8	1.924
Cloppenburg	180	9	232	11,6	1.410	70,8	92	4,6	78	3,9	1.992
Cuxhaven	36	1,9	107	5,8	1.526	82,6	99	5,4	79	4,3	1.847
Delmenhorst, Stadt	14	2,1	41	6,1	534	79,9	39	5,8	40	6	668
Diepholz	71	3,5	166	8,2	1.620	79,6	112	5,5	66	3,2	2.035
Emden, Stadt	1	0,2	11	2,3	397	84,6	31	6,6	29	6,2	469
Emsland	149	4,3	247	7,1	2.767	80	174	5	120	3,5	3.457
Friesland	15	1,7	40	4,4	720	79,6	67	7,4	62	6,9	904
Gifhorn	131	7,3	177	9,9	1.364	75,9	83	4,6	41	2,3	1.796
Goslar	47	4,6	79	7,7	804	78,5	51	5	43	4,2	1.024
Göttingen	61	3	135	6,5	1.681	81,3	115	5,6	75	3,6	2.067
Grafschaft Bentheim	24	1,6	58	4	1.181	81,1	124	8,5	69	4,7	1.456
Hamel-Pyrmont	70	5,6	105	8,4	958	76,2	72	5,7	52	4,1	1.257
Hannover, Region	379	3,8	744	7,4	8.050	80	514	5,1	372	3,7	10.059
Harburg	52	2,2	134	5,7	1.971	84,2	112	4,8	72	3,1	2.341
Helmstedt	10	1,4	27	3,7	588	81,1	53	7,3	47	6,5	725
Hildesheim	82	3,2	173	6,8	2.003	78,3	171	6,7	128	5	2.557
Holzminden	22	3,7	28	4,7	471	78,5	46	7,7	33	5,5	600
Leer	56	3,4	111	6,7	1.319	80,2	88	5,3	71	4,3	1.645
Lüchow-Dannenberg	9	2,1	33	7,8	348	82,5	25	5,9	7	1,7	422
Lüneburg	88	4,9	122	6,8	1.484	82,4	71	3,9	36	2	1.801
Nienburg (Weser)	40	3,3	69	5,7	966	79,2	77	6,3	67	5,5	1.219
Northeim	44	3,6	86	7,1	943	78,1	84	7	51	4,2	1.208
Oldenburg, Landkreis	26	1,9	57	4,2	1.109	81	111	8,1	66	4,8	1.369
Oldenburg, Stadt	100	7,2	124	8,9	1.054	75,9	65	4,7	46	3,3	1.389
Osnabrück, Landkreis	70	1,9	165	4,5	3.080	84	227	6,2	124	3,4	3.666
Osnabrück, Stadt	43	3,3	64	4,9	1.070	81,4	79	6	58	4,4	1.314
Osterode	22	3,6	42	6,9	471	77,6	43	7,1	29	4,8	607
Peine	49	3,6	74	5,4	1.096	80,1	90	6,6	60	4,4	1.369
Rotenburg (Wümme)	87	5	141	8,2	1.326	76,9	98	5,7	73	4,2	1.725
Salzgitter, Stadt	41	4,6	72	8,1	662	74,1	60	6,7	58	6,5	893
Schaumburg	67	4,6	95	6,5	1.150	78,1	101	6,9	59	4	1.472
Soltau-Fallingb.ostel	29	2,3	66	5,2	1.028	80,8	98	7,7	52	4,1	1.273
Stade	206	10,9	230	12,2	1.319	69,7	79	4,2	59	3,1	1.893
Uelzen	46	5,7	75	9,2	631	77,7	33	4,1	27	3,3	812
Vechta	127	7,8	188	11,5	1.199	73,3	72	4,4	49	3	1.635
Verden	37	2,7	71	5,2	1.119	81,6	82	6	62	4,5	1.371
Wesermarsch	20	2,4	26	3,1	678	82	67	8,1	36	4,4	827
Wittmund	25	4,6	30	5,5	433	79,7	27	5	28	5,2	543
Wolfenbüttel	52	4,5	73	6,3	917	78,6	77	6,6	47	4	1.166
Wolfsburg, Stadt	24	2,3	55	5,2	847	80,2	78	7,4	52	4,9	1.056

Tab. 5.4.3 Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.161

Migrationshintergrund	starkes Untergewicht	%	Untergewicht	%	Normalgewicht	%	Übergewicht	%	Adipositas	%	Gesamt
Gesamt	2.468	3,8	4.377	6,7	51.859	79,6	3.818	5,9	2.639	4,0	65.161
ohne Migrationshintergrund	1.985	3,9	3.525	6,9	40.791	80,2	2.763	5,4	1.773	3,5	50.837
mit Migrationshintergrund	483	3,4	852	5,9	11.068	77,3	1.055	7,4	866	6,0	14.324

Tab. 5.4.4 Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.161

Migrationshintergrund nach Regionen	starkes Untergewicht	%	Untergewicht	%	Normalgewicht	%	Übergewicht	%	Adipositas	%	Gesamt
Gesamt	2.468	3,8	4.377	6,7	51.859	79,6	3.818	5,9	2.639	4,0	65.161
Deutschland	1.985	3,9	3.525	6,9	40.791	80,2	2.763	5,4	1.773	3,5	50.837
Afrika	5	1,8	7	2,5	225	79,8	22	7,8	23	8,2	282
Asien, Australien, Ozeanien	41	6	56	8,2	508	74,7	42	6,2	33	4,9	680
Naher Osten	55	3,6	78	5,1	1.178	76,8	126	8,2	96	6,3	1.533
Nord-/ Südamerika	10	3,3	19	6,3	242	80,4	19	6,3	11	3,7	301
Osteuropa	273	3,6	506	6,7	5.917	78,4	484	6,4	364	4,8	7.544
Türkei	76	2,6	121	4,2	2.102	72,9	295	10,2	288	10	2.882
Westeuropa	23	2,1	65	5,9	896	81,3	67	6,1	51	4,6	1.102

Tab. 5.4.5 Body Mass Index (BMI) / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n =44.937

Ausbildung der Eltern	starkes Untergewicht	%	Untergewicht	%	Normalgewicht	%	Übergewicht	%	Adipositas	%	Gesamt
Gesamt	1.695	4,1	3.045	7,6	35.950	82,8	2.528	3,8	1.719	1,6	44.937
bildungsfern	201	3,1	386	5,9	4.984	76	553	8,4	433	6,6	6.557
mittlere Bildung	1.015	3,8	1.755	6,6	21.175	79,7	1.525	5,8	1.092	4,1	26.562
bildungsnah	479	4,1	904	7,6	9.791	82,8	450	3,8	194	1,6	11.818

Tab. 5.4.5 Body Mass Index (BMI) / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 67.035

Kindergartenbesuch	starkes Untergewicht	%	Untergewicht	%	Normalgewicht	%	Übergewicht	%	Adipositas	%	Gesamt
Gesamt	2.606	3,9	4.578	6,8	53.309	79,5	3.887	5,8	2.655	4,0	67.035
kein Kindergartenbesuch	48	4,5	74	7	814	76,8	65	6,1	59	5,6	1.060
Kindergartenbesuch	2.558	3,9	4.504	6,8	52.495	79,6	3.822	5,8	2.596	3,9	65.975

Tab. 5.5.1 Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753											
Landkreis	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	keine Angabe/ Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	8.556	12,3	7.812	11,2	345	0,5	52.403	75,1	637	0,9	69.753
Tab. 5.5.2 Sehvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753											
Ammerland	186	16,9	76	6,9	0	0	837	76	2	0,2	1.101
Aurich	223	12,5	199	11,1	24	1,3	1.339	74,9	2	0,1	1.787
Braunschweig, Stadt	446	23,2	206	10,7	10	0,5	1.255	65,2	7	0,4	1.924
Cloppenburg	212	10,6	313	15,7	15	0,8	1.448	72,7	4	0,2	1.992
Cuxhaven	158	8,6	197	10,7	2	0,1	1.476	79,9	14	0,8	1.847
Delmenhorst, Stadt	107	16	47	7	2	0,3	512	76,6	0	0	668
Diepholz	110	5,4	359	17,6	66	3,2	1.491	73,3	9	0,4	2.035
Emden, Stadt	43	9,2	52	11,1	5	1,1	369	78,7	0	0	469
Emsland	304	8,8	285	8,2	1	0	2.867	82,9	0	0	3.457
Friesland	173	19,1	129	14,3	3	0,3	595	65,8	4	0,4	904
Gifhorn	143	8	231	12,9	3	0,2	1.401	78	18	1	1.796
Goslar	74	7,2	163	15,9	54	5,3	723	70,6	10	1	1.024
Göttingen	373	18	231	11,2	8	0,4	1.438	69,6	17	0,8	2.067
Grafschaft Bentheim	34	2,3	127	8,7	16	1,1	1.279	87,8	0	0	1.456
Hameln-Pyrmont	190	15,1	122	9,7	0	0	938	74,6	7	0,6	1.257
Hannover, Region	794	7,9	1.071	10,6	22	0,2	8.035	79,9	137	1,4	10.059
Harburg	231	9,9	269	11,5	4	0,2	1.812	77,4	25	1,1	2.341
Helmstedt	99	13,7	83	11,4	46	6,3	492	67,9	5	0,7	725
Hildesheim	414	16,2	308	12	1	0	1.812	70,9	22	0,9	2.557
Holzwinden	217	36,2	58	9,7	0	0	321	53,5	4	0,7	600
Leer	143	8,7	191	11,6	0	0	1.311	79,7	0	0	1.645
Lüchow-Dannenberg	57	13,5	62	14,7	0	0	301	71,3	2	0,5	422
Lüneburg	197	10,9	193	10,7	6	0,3	1.369	76	36	2	1.801
Nienburg (Weser)	179	14,7	148	12,1	1	0,1	880	72,2	11	0,9	1.219
Northeim	159	13,2	206	17,1	0	0	827	68,5	16	1,3	1.208
Oldenburg, Landkreis	337	24,6	71	5,2	6	0,4	950	69,4	5	0,4	1.369
Oldenburg, Stadt	59	4,2	115	8,3	4	0,3	1.208	87	3	0,2	1.389
Osnabrück, Landkreis	447	12,2	317	8,6	0	0	2.732	74,5	170	4,6	3.666
Osnabrück, Stadt	111	8,4	167	12,7	0	0	1.020	77,6	16	1,2	1.314
Osterode	85	14	105	17,3	0	0	416	68,5	1	0,2	607
Peine	257	18,8	135	9,9	0	0	973	71,1	4	0,3	1.369
Rotenburg (Wümme)	253	14,7	198	11,5	5	0,3	1.256	72,8	13	0,8	1.725
Salzgitter, Stadt	163	18,3	98	11	1	0,1	620	69,4	11	1,2	893
Schaumburg	243	16,5	181	12,3	2	0,1	1.037	70,4	9	0,6	1.472
Soltau-Fallingb.ostel	131	10,3	123	9,7	20	1,6	989	77,7	10	0,8	1.273
Stade	132	7	308	16,3	0	0	1.441	76,1	12	0,6	1.893
Uelzen	113	13,9	99	12,2	0	0	596	73,4	4	0,5	812
Verden	135	9,8	101	7,4	5	0,4	1.124	82	6	0,4	1.371
Wesermarsch	199	24,1	96	11,6	1	0,1	530	64,1	1	0,1	827
Wilhelmshaven, Stadt	151	23,3	66	10,2	0	0	430	66,5	0	0	647
Wittmund	71	13,1	63	11,6	6	1,1	402	74	1	0,2	543
Wolfenbüttel	92	7,9	151	13	0	0	911	78,1	12	1	1.166
Wolfsburg, Stadt	311	29,5	92	8,7	6	0,6	640	60,6	7	0,7	1.056

Tab. 5.5.3 Sehvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146

Migrationshintergrund	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	8.185	12,6	7.480	11,5	339	0,5	49.142	75,4	65.146
ohne Migrationshintergrund	6.152	12,1	6.263	12,3	279	0,5	38.141	75,0	50.835
mit Migrationshintergrund	2.033	14,2	1.217	8,5	60	0,4	11.001	76,9	14.311

Tab. 5.5.4 Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.146

Migrationshintergrund nach Regionen	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	8.185	12,6	7.480	11,5	339	0,5	49.142	75,4	65.146
Deutschland	6.152	12,1	6.263	12,3	279	0,5	38.141	75,0	50.835
Afrika	33	11,7	21	7,4	1	0,4	228	80,6	283
Asien, Australien, Ozeanien	109	15,9	52	7,6	6	0,9	520	75,7	687
Naher Osten	251	16,3	134	8,7	8	0,5	1.151	74,5	1.544
Nord-/ Südamerika	37	12,3	28	9,3	0	0,0	235	78,3	300
Osteuropa	1.008	13,4	602	8,0	26	0,3	5.896	78,3	7.532
Türkei	452	15,7	278	9,7	14	0,5	2.131	74,1	2.875
Westeuropa	143	13,1	102	9,4	5	0,5	840	77,1	1.090

Tab. 5.5.5 Sehvermögen / Ausbildung Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.661

Ausbildung der Eltern	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	5.624	12,6	5.135	11,5	239	0,5	33.663	75,4	44.661
bildungsfern	1.204	18,5	724	11,1	38	0,6	4.528	69,7	6.494
mittlere Bildung	3.239	12,3	3.228	12,2	140	0,5	19.797	75,0	26.404
bildungsnah	1.181	10,0	1.183	10,1	61	0,5	9.338	79,4	11.763

Tab. 5.5.6 Sehvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.522

Kindergartenbesuch	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	8099	12,4	7358	11,2	331	0,5	49734	75,9	65522
Kindergartenbesuch	7924	12,3	7262	11,3	326	0,5	48973	75,9	64485
kein Kindergartenbesuch	175	16,9	96	9,3	5	0,5	761	73,4	1037

Tab. 5.6.1 Hörvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753											
Landkreis	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	keine Angabe/ Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	3.407	4,9	1.933	2,8	201	0,3	63.352	90,8	860	1,2	69.753
Tab. 5.6.2 Hörvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753											
Ammerland	51	4,6	4	0,4	1	0,1	1.039	94,4	6	0,5	1.101
Aurich	79	4,4	55	3,1	15	0,8	1.630	91,2	8	0,4	1.787
Braunschweig, Stadt	111	5,8	22	1,1	1	0,1	1.778	92,4	12	0,6	1.924
Cloppenburg	77	3,9	90	4,5	2	0,1	1.815	91,1	8	0,4	1.992
Cuxhaven	82	4,4	105	5,7	0	0	1.636	88,6	24	1,3	1.847
Delmenhorst, Stadt	30	4,5	14	2,1	1	0,1	619	92,7	4	0,6	668
Diepholz	65	3,2	67	3,3	0	0	1.880	92,4	23	1,1	2.035
Emden, Stadt	17	3,6	8	1,7	6	1,3	438	93,4	0	0	469
Emsland	93	2,7	30	0,9	0	0	3.334	96,4	0	0	3.457
Friesland	91	10,1	23	2,5	3	0,3	771	85,3	16	1,8	904
Gifhorn	58	3,2	56	3,1	0	0	1.657	92,3	25	1,4	1.796
Goslar	20	2	24	2,3	23	2,2	948	92,6	9	0,9	1.024
Göttingen	102	4,9	32	1,5	0	0	1.910	92,4	23	1,1	2.067
Grafschaft Bentheim	34	2,3	23	1,6	4	0,3	1.351	92,8	44	3	1.456
Hameln-Pyrmont	65	5,2	9	0,7	0	0	1.173	93,3	10	0,8	1.257
Hannover, Region	339	3,4	291	2,9	15	0,1	9.247	91,9	167	1,7	10.059
Harburg	87	3,7	41	1,8	0	0	2.189	93,5	24	1	2.341
Helmstedt	18	2,5	15	2,1	0	0	686	94,6	6	0,8	725
Hildesheim	159	6,2	25	1	0	0	2.353	92	20	0,8	2.557
Holzminden	65	10,8	22	3,7	0	0	510	85	3	0,5	600
Leer	87	5,3	70	4,3	4	0,2	1.484	90,2	0	0	1.645
Lüchow-Dannenberg	16	3,8	9	2,1	0	0	395	93,6	2	0,5	422
Lüneburg	111	6,2	43	2,4	6	0,3	1.604	89,1	37	2,1	1.801
Nienburg (Weser)	57	4,7	21	1,7	0	0	1.131	92,8	10	0,8	1.219
Northeim	50	4,1	57	4,7	4	0,3	1.079	89,3	18	1,5	1.208
Oldenburg, Landkreis	52	3,8	23	1,7	7	0,5	1.274	93,1	13	0,9	1.369
Oldenburg, Stadt	24	1,7	40	2,9	9	0,6	1.312	94,5	4	0,3	1.389
Osnabrück, Landkreis	241	6,6	34	0,9	0	0	3.198	87,2	193	5,3	3.666
Osnabrück, Stadt	44	3,3	53	4	0	0	1.204	91,6	13	1	1.314
Osterode	18	3	11	1,8	1	0,2	574	94,6	3	0,5	607
Peine	75	5,5	26	1,9	0	0	1.263	92,3	5	0,4	1.369
Rotenburg (Wümme)	60	3,5	38	2,2	2	0,1	1.613	93,5	12	0,7	1.725
Salzgitter, Stadt	70	7,8	17	1,9	1	0,1	794	88,9	11	1,2	893
Schaumburg	77	5,2	17	1,2	0	0	1.369	93	9	0,6	1.472
Soltau-Fallingb.ostel	55	4,3	28	2,2	2	0,2	1.176	92,4	12	0,9	1.273
Stade	114	6	242	12,8	74	3,9	1.444	76,3	19	1	1.893
Uelzen	41	5	29	3,6	0	0	735	90,5	7	0,9	812
Verden	49	3,6	27	2	0	0	1.285	93,7	10	0,7	1.371
Wesermarsch	183	22,1	20	2,4	2	0,2	619	74,8	3	0,4	827
Wilhelmshaven, Stadt	106	16,4	36	5,6	0	0	487	75,3	18	2,8	647
Wittmund	7	1,3	33	6,1	18	3,3	483	89	2	0,4	543
Wolfenbüttel	63	5,4	98	8,4	0	0	986	84,6	19	1,6	1.166
Wolfsburg, Stadt	164	15,5	5	0,5	0	0	879	83,2	8	0,8	1.056

Tab. 5.6.3 Hörvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 64.922

Migrationshintergrund	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	3.293	5,1	1.886	2,9	198	0,3	59.545	91,7	64.922
ohne Migrationshintergrund	2.481	4,9	1.593	3,1	167	0,3	46.418	91,6	50.659
mit Migrationshintergrund	812	5,7	293	2,1	31	0,2	13.127	92,0	14.263

Tab. 5.6.4 Hörvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.537

Ausbildung der Eltern	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	2.101	4,7	1.323	3,0	157	0,4	40.956	92,0	44.537
bildungsfern	453	7,0	175	2,7	20	0,3	5.821	90,0	6.469
mittlere Bildung	1.228	4,7	854	3,2	103	0,4	24.150	91,7	26.335
bildungsnah	420	3,6	294	2,5	34	0,3	10.985	93,6	11.733

Tab. 5.6.5 Hörvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.316

Kindergartenbesuch	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	3.214	4,9	1.779	2,7	195	0,3	60.128	92,1	65.316
kein Kindergartenbesuch	68	6,6	20	1,9	3	0,3	937	91,1	1.028
Kindergartenbesuch	3.146	4,9	1.759	2,7	192	0,3	59.191	92,1	64.288
bildungsnah	420	3,6	294	2,5	34	0,3	10.985	93,6	11.733

Tab. 5.7.1 Sprachvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753											
Landkreis	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	keine Angabe/Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	3.089	4,4	9.557	13,7	11.346	16,3	45.524	65,3	237	0,3	69.753
Tab. 5.7.2 Sprachvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.753											
Ammerland	34	3,1	130	11,8	28	2,5	907	82,4	2	0,2	1.101
Aurich	64	3,6	203	11,4	266	14,9	1.241	69,4	13	0,7	1.787
Braunschweig, Stadt	117	6,1	262	13,6	440	22,9	1.102	57,3	3	0,2	1.924
Cloppenburg	60	3	268	13,5	287	14,4	1.373	68,9	4	0,2	1.992
Cuxhaven	46	2,5	275	14,9	286	15,5	1.231	66,6	9	0,5	1.847
Delmenhorst, Stadt	34	5,1	109	16,3	106	15,9	412	61,7	7	1	668
Diepholz	99	4,9	297	14,6	366	18	1.270	62,4	3	0,1	2.035
Emden, Stadt	17	3,6	50	10,7	32	6,8	369	78,7	1	0,2	469
Emsland	51	1,5	459	13,3	436	12,6	2.500	72,3	11	0,3	3.457
Friesland	52	5,8	118	13,1	204	22,6	527	58,3	3	0,3	904
Gifhorn	138	7,7	251	14	220	12,2	1.179	65,6	8	0,4	1.796
Goslar	77	7,5	173	16,9	212	20,7	562	54,9	0	0	1.024
Göttingen	158	7,6	284	13,7	286	13,8	1.330	64,3	9	0,4	2.067
Grafschaft Bentheim	19	1,3	172	11,8	120	8,2	1.141	78,4	4	0,3	1.456
Hameln-Pyrmont	34	2,7	184	14,6	342	27,2	692	55,1	5	0,4	1.257
Hannover, Region	586	5,8	1.485	14,8	1.975	19,6	5.962	59,3	51	0,5	10.059
Harburg	79	3,4	278	11,9	530	22,6	1.442	61,6	12	0,5	2.341
Helmstedt	32	4,4	105	14,5	66	9,1	518	71,4	4	0,6	725
Hildesheim	126	4,9	305	11,9	625	24,4	1.492	58,3	9	0,4	2.557
Holzminen	57	9,5	96	16	146	24,3	297	49,5	4	0,7	600
Leer	17	1	208	12,6	68	4,1	1.351	82,1	1	0,1	1.645
Lüchow-Dannenberg	40	9,5	60	14,2	83	19,7	238	56,4	1	0,2	422
Lüneburg	142	7,9	210	11,7	239	13,3	1.205	66,9	5	0,3	1.801
Nienburg (Weser)	63	5,2	191	15,7	191	15,7	769	63,1	5	0,4	1.219
Northeim	40	3,3	196	16,2	165	13,7	805	66,6	2	0,2	1.208
Oldenburg, Landkreis	44	3,2	187	13,7	166	12,1	961	70,2	11	0,8	1.369
Oldenburg, Stadt	33	2,4	208	15	269	19,4	877	63,1	2	0,1	1.389
Osnabrück, Landkreis	143	3,9	497	13,6	575	15,7	2.439	66,5	12	0,3	3.666
Osnabrück, Stadt	56	4,3	193	14,7	198	15,1	867	66	0	0	1.314
Osterode	5	0,8	91	15	94	15,5	417	68,7	0	0	607
Peine	102	7,5	171	12,5	258	18,8	836	61,1	2	0,1	1.369
Rotenburg (Wümme)	10	0,6	232	13,4	294	17	1.189	68,9	0	0	1.725
Salzgitter, Stadt	64	7,2	114	12,8	195	21,8	519	58,1	1	0,1	893
Schaumburg	56	3,8	239	16,2	168	11,4	1.006	68,3	3	0,2	1.472
Soltau-Fallingb.ostel	43	3,4	171	13,4	68	5,3	991	77,8	0	0	1.273
Stade	79	4,2	230	12,2	279	14,7	1.301	68,7	4	0,2	1.893
Uelzen	69	8,5	115	14,2	157	19,3	470	57,9	1	0,1	812
Verden	30	2,2	135	9,8	289	21,1	900	65,6	17	1,2	1.371
Wesermarsch	17	2,1	159	19,2	90	10,9	561	67,8	0	0	827
Wilhelmshaven, Stadt	21	3,2	90	13,9	36	5,6	499	77,1	1	0,2	647
Wittmund	24	4,4	75	13,8	61	11,2	382	70,3	1	0,2	543
Wolfenbüttel	50	4,3	138	11,8	199	17,1	776	66,6	3	0,3	1.166
Wolfsburg, Stadt	61	5,8	143	13,5	231	21,9	618	58,5	3	0,3	1.056

Tab. 5.7.3 Sprachvermögen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 69.492

Geschlecht	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	3.087	4,4	9.554	13,7	11.340	16,3	45.511	65,5	69.492
männlich	1.825	5,1	6.118	17,0	6.332	17,6	21.639	60,3	35.914
weiblich	1.262	3,8	3.436	10,2	5.008	14,9	23.872	71,1	33.578

Tab. 5.7.4 Sprachvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.549

Migrationshintergrund	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	3.006	4,6	9.018	13,8	10.816	16,5	42.709	65,2	65.549
ohne Migrationshintergrund	2.090	4,1	7.144	14,0	7.078	13,8	34.849	68,1	51.161
mit Migrationshintergrund	916	6,4	1.874	13,0	3.738	26,0	7.860	54,6	14.388

Tab. 5.7.5 Sprachvermögen / Familiensprache, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.035

Familiensprache	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	2.806	4,5	8.533	13,8	10.365	16,7	40.331	65,0	62.035
deutsch	1.987	4,0	6.853	13,8	6.958	14,1	33.721	68,1	49.519
mehrsprachig mit deutsch	671	5,9	1.432	12,6	2.989	26,3	6.274	55,2	11.366
mehrsprachig kaum deutsch	135	12,7	233	21,8	396	37,1	303	28,4	1.067
mehrsprachig kein deutsch	13	15,7	15	18,1	22	26,5	33	39,8	83

Tab. 5.7.6 Sprachvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.806

Ausbildung der Eltern	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	2.018	4,5	5.933	13,2	7.378	16,5	29.477	65,8	44.806
bildungsfern	494	7,6	1.176	18,0	1.501	23,0	3.361	51,5	6.532
mittlere Bildung	1.179	4,5	3.629	13,7	4.160	15,7	17.522	66,1	26.490
bildungsnah	345	2,9	1.128	9,6	1.717	14,6	8.594	72,9	11.784
mehrsprachig kein deutsch	13	15,7	15	18,1	22	26,5	33	39,8	83

Tab. 5.8.1 Grobmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296											
Landkreis	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	keine Angabe/Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	1.309	2,0	3.298	5,0	8.855	13,4	52.201	78,7	633	1,0	66.296
Tab. 5.8.2 Grobmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296											
Ammerland	18	1,6	40	3,6	83	7,5	950	86,3	10	0,9	1.101
Aurich	92	5,1	96	5,4	376	21	1.198	67	25	1,4	1.787
Braunschweig, Stadt	37	1,9	49	2,5	310	16,1	1.523	79,2	5	0,3	1.924
Cloppenburg	13	0,7	93	4,7	188	9,4	1.671	83,9	27	1,4	1.992
Cuxhaven	30	1,6	84	4,5	232	12,6	1.475	79,9	26	1,4	1.847
Delmenhorst, Stadt	14	2,1	84	12,6	85	12,7	478	71,6	7	1	668
Diepholz	38	1,9	171	8,4	418	20,5	1.398	68,7	10	0,5	2.035
Emden, Stadt	7	1,5	10	2,1	18	3,8	430	91,7	4	0,9	469
Friesland	7	0,8	17	1,9	172	19	689	76,2	19	2,1	904
Gifhorn	7	0,4	50	2,8	136	7,6	1.567	87,2	36	2	1.796
Goslar	27	2,6	67	6,5	145	14,2	778	76	7	0,7	1.024
Göttingen	18	0,9	87	4,2	332	16,1	1.593	77,1	37	1,8	2.067
Grafschaft Bentheim	22	1,5	81	5,6	207	14,2	1.142	78,4	4	0,3	1.456
Hameln-Pyrmont	9	0,7	72	5,7	192	15,3	973	77,4	11	0,9	1.257
Hannover, Region	186	1,8	406	4	1.197	11,9	8.165	81,2	105	1	10.059
Harburg	41	1,8	115	4,9	333	14,2	1.821	77,8	31	1,3	2.341
Helmstedt	19	2,6	57	7,9	100	13,8	545	75,2	4	0,6	725
Hildesheim	65	2,5	123	4,8	293	11,5	2.056	80,4	20	0,8	2.557
Holzminen	33	5,5	74	12,3	73	12,2	412	68,7	8	1,3	600
Leer	17	1	77	4,7	79	4,8	1.472	89,5	0	0	1.645
Lüchow-Dannenberg	8	1,9	13	3,1	35	8,3	362	85,8	4	0,9	422
Lüneburg	45	2,5	91	5,1	144	8	1.501	83,3	20	1,1	1.801
Nienburg (Weser)	47	3,9	105	8,6	202	16,6	851	69,8	14	1,1	1.219
Northeim	20	1,7	103	8,5	186	15,4	891	73,8	8	0,7	1.208
Oldenburg, LK	61	4,5	88	6,4	381	27,8	815	59,5	24	1,8	1.369
Oldenburg, Stadt	21	1,5	82	5,9	315	22,7	960	69,1	11	0,8	1.389
Osnabrück, LK	72	2	241	6,6	422	11,5	2.907	79,3	24	0,7	3.666
Osnabrück, Stadt	25	1,9	98	7,5	203	15,4	988	75,2	0	0	1.314
Osterode	0	0	6	1	109	18	486	80,1	6	1	607
Peine	32	2,3	54	3,9	132	9,6	1.133	82,8	18	1,3	1.369
Rotenburg (Wümme)	7	0,4	123	7,1	259	15	1.333	77,3	3	0,2	1.725
Salzgitter, Stadt	59	6,6	5	0,6	128	14,3	686	76,8	15	1,7	893
Schaumburg	39	2,6	41	2,8	169	11,5	1.214	82,5	9	0,6	1.472
Soltau-Fallingb.ostel	40	3,1	12	0,9	148	11,6	1.070	84,1	3	0,2	1.273
Stade	26	1,4	103	5,4	231	12,2	1.513	79,9	20	1,1	1.893
Uelzen	10	1,2	33	4,1	73	9	689	84,9	7	0,9	812
Verden	17	1,2	23	1,7	302	22	1.004	73,2	25	1,8	1.371
Wesermarsch	6	0,7	28	3,4	52	6,3	739	89,4	2	0,2	827
Wilhelmshaven, Stadt	14	2,2	65	10	28	4,3	537	83	3	0,5	647
Wittmund	19	3,5	30	5,5	77	14,2	415	76,4	2	0,4	543
Wolfenbüttel	12	1	54	4,6	197	16,9	892	76,5	11	0,9	1.166
Wolfsburg, Stadt	29	2,7	47	4,5	93	8,8	879	83,2	8	0,8	1.056

Tab. 5.8.3 Grobmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.640

Geschlecht	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.307	2,0	3.297	5,0	8.851	13,5	52.185	79,5	65.640
männlich	960	2,8	2.391	7,0	5.708	16,8	24.857	73,3	33.916
weiblich	347	1,1	906	2,9	3.143	9,9	27.328	86,1	31.724

Tab. 5.8.4 Grobmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.141

Migrationshintergrund nach Herkunftsregion und Geschlecht	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt (n = 65.141)	1.296	2,0	3.265	5,0	8.794	13,5	51.786	79,5	65.141
Jungen	951	2,8	2.366	7,0	5.667	16,8	24.662	73,3	33.646
Mädchen	344	1,1	898	2,9	3.123	9,9	27.108	86,1	31.473

Tab. 5.8.5 Grobmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.525

Ausbildung der Eltern	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	863	1,9	2.035	4,6	6.001	13,5	35.626	80,0	44.525
bildungsfern	227	3,5	441	6,8	1.060	16,4	4.737	73,3	6.465
mittlere Bildung	132	1,1	337	2,9	1.458	12,4	9.810	83,6	11.737
bildungsnahe	504	1,9	1.257	4,8	3.483	13,2	21.079	80,1	26.323

Tab. 5.8.6 Grobmotorische Entwicklung / Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 54.297

Berufstätigkeit	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.052	1,9	2.632	4,8	7.267	13,4	43.346	79,8	54.297
beide berufstätig: Ganztage und/oder Teilzeit	488	1,6	1.147	3,7	3.883	12,4	25.800	82,4	31.318
einer berufstätig: Ganztage oder Teilzeit	350	2,0	986	5,7	2.432	14,1	13.531	78,2	17.299
geringfügige/keine Beschäftigung	214	3,8	499	8,8	952	16,8	4.015	70,7	5.680

Tab. 5.8.7 Grobmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.012

Kindergartenbesuch	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.225	2,0	2.985	4,8	8.356	13,5	49.446	79,7	62.012
kein Kindergartenbesuch	47	5,1	30	3,2	156	16,8	696	74,9	929
Kindergartenbesuch	1.178	1,9	2.955	4,8	8.200	13,4	48.750	79,8	61.083
geringfügige/ keine Beschäftigung	214	3,8	499	8,8	952	16,8	4.015	70,7	5.680

Tab. 5.8.8 Grobmotorische Entwicklung / Teilnahme U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.663

Teilnahme U9	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.309	2,0	3.298	5,0	8.855	13,5	52.201	79,5	65.663
U9 erfolgt	942	1,8	2.627	4,9	6.929	13,0	42.809	80,3	53.307
U9 nicht erfolgt	367	3,0	671	5,4	1.926	15,6	9.392	76,0	12.356
geringfügige/ keine Beschäftigung	214	3,8	499	8,8	952	16,8	4.015	70,7	5.680

Tab. 5.9.1 Feinmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296

Landkreis	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	keine Angabe/ Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	1.586	2,4	3.767	5,7	9.681	14,6	51.008	76,9	254	0,4	66.296

Tab. 5.9.2 Feinmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.296

Ammerland	10	0,9	45	4,1	67	6,1	974	88,5	5	0,5	1.101
Aurich	52	2,9	79	4,4	293	16,4	1.353	75,7	10	0,6	1.787
Braunschweig, Stadt	73	3,8	100	5,2	268	13,9	1.481	77	2	0,1	1.924
Cloppenburg	13	0,7	97	4,9	189	9,5	1.677	84,2	16	0,8	1.992
Cuxhaven	42	2,3	118	6,4	251	13,6	1.423	77	13	0,7	1.847
Delmenhorst, Stadt	16	2,4	71	10,6	79	11,8	502	75,1	0	0	668
Diepholz	51	2,5	221	10,9	895	44	864	42,5	4	0,2	2.035
Emden, Stadt	14	3	14	3	69	14,7	371	79,1	1	0,2	469
Friesland	30	3,3	37	4,1	265	29,3	564	62,4	8	0,9	904
Gifhorn	20	1,1	65	3,6	178	9,9	1.528	85,1	5	0,3	1.796
Goslar	23	2,2	71	6,9	145	14,2	782	76,4	3	0,3	1.024
Göttingen	74	3,6	129	6,2	416	20,1	1.437	69,5	11	0,5	2.067
Grafschaft Bentheim	51	3,5	96	6,6	204	14	1.103	75,8	2	0,1	1.456
Hameln-Pyrmont	8	0,6	56	4,5	296	23,5	892	71	5	0,4	1.257
Hannover, Region	200	2	537	5,3	1.238	12,3	8.046	80	38	0,4	10.059
Harburg	35	1,5	92	3,9	275	11,7	1.924	82,2	15	0,6	2.341
Helmstedt	8	1,1	45	6,2	48	6,6	622	85,8	2	0,3	725
Hildesheim	52	2	131	5,1	289	11,3	2.074	81,1	11	0,4	2.557
Holzminen	43	7,2	86	14,3	85	14,2	382	63,7	4	0,7	600
Leer	16	1	69	4,2	70	4,3	1.490	90,6	0	0	1.645
Lüchow-Dannenberg	8	1,9	14	3,3	57	13,5	342	81	1	0,2	422
Lüneburg	37	2,1	91	5,1	201	11,2	1.464	81,3	8	0,4	1.801
Nienburg (Weser)	41	3,4	100	8,2	129	10,6	942	77,3	7	0,6	1.219
Northeim	20	1,7	115	9,5	127	10,5	944	78,1	2	0,2	1.208
Oldenburg, Landkreis	162	11,8	114	8,3	561	41	518	37,8	14	1	1.369
Oldenburg, Stadt	14	1	73	5,3	218	15,7	1.079	77,7	5	0,4	1.389
Osnabrück, Landkreis	73	2	288	7,9	507	13,8	2.787	76	11	0,3	3.666
Osnabrück, Stadt	57	4,3	119	9,1	116	8,8	1.022	77,8	0	0	1.314
Osterode	0	0	9	1,5	33	5,4	563	92,8	2	0,3	607
Peine	21	1,5	40	2,9	97	7,1	1.205	88	6	0,4	1.369
Rotenburg (Wümme)	6	0,3	136	7,9	404	23,4	1.179	68,3	0	0	1.725
Salzgitter, Stadt	58	6,5	4	0,4	69	7,7	761	85,2	1	0,1	893
Schaumburg	39	2,6	76	5,2	301	20,4	1.052	71,5	4	0,3	1.472
Soltau-Fallingb.ostel	30	2,4	12	0,9	170	13,4	1.058	83,1	3	0,2	1.273
Stade	53	2,8	65	3,4	276	14,6	1.491	78,8	8	0,4	1.893
Uelzen	19	2,3	32	3,9	117	14,4	643	79,2	1	0,1	812
Verden	11	0,8	12	0,9	172	12,5	1.158	84,5	18	1,3	1.371
Wesermarsch	10	1,2	44	5,3	99	12	674	81,5	0	0	827
Wilhelmshaven, Stadt	12	1,9	70	10,8	15	2,3	548	84,7	2	0,3	647
Wittmund	38	7	81	14,9	99	18,2	323	59,5	2	0,4	543
Wolfenbüttel	29	2,5	73	6,3	228	19,6	834	71,5	2	0,2	1.166
Wolfsburg, Stadt	17	1,6	40	3,8	65	6,2	932	88,3	2	0,2	1.056

Tab. 5.9.3 Feinmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.018

Geschlecht	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.584	2,4	3.766	5,7	9.681	14,7	50.987	77,2	66.018
männlich	1.221	3,6	2.820	8,3	6.427	18,8	23.659	69,3	34.127
weiblich	363	1,1	946	3,0	3.254	10,2	27.328	85,7	31.891
geringfügige/ keine Beschäftigung	214	3,8	499	8,8	952	16,8	4.015	70,7	5.680

Tab. 5.9.4 Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.518

Migrationshintergrund	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.573	2,4	3.729	5,7	9.600	14,7	50.616	77,3	65.518
ohne Migrationshintergrund	1.186	2,3	3.057	6,0	7.484	14,6	39.373	77,1	51.100
mit Migrationshintergrund	387	2,7	672	4,7	2.116	14,7	11.243	78,0	14.418
geringfügige/ keine Beschäftigung	214	3,8	499	8,8	952	16,8	4.015	70,7	5.680

Tab. 5.9.5 Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 65.518

Migrationshintergrund nach Regionen	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Be-handlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffäl-ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.573	2,4	3.729	5,7	9.600	14,7	50.616	77,3	65.518
Deutschland	1.186	2,3	3.057	6,0	7.484	14,6	39.373	77,1	51.100
Afrika	9	3,1	14	4,9	42	14,7	221	77,3	286
Asien, Australien, Ozeanien	11	1,6	27	3,9	78	11,3	576	83,2	692
Naher Osten	56	3,6	64	4,1	267	17,2	1.168	75,1	1.555
Nord-/ Südamerika	8	2,7	11	3,7	40	13,3	242	80,4	301
Osteuropa	184	2,4	316	4,2	1.040	13,7	6.042	79,7	7.582
Türkei	89	3,1	180	6,2	479	16,5	2.149	74,2	2.897
Westeuropa	30	2,7	60	5,4	170	15,4	845	76,5	1.105

Tab. 5.9.6 Feinmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 44.783

Ausbildung der Eltern	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Be- handlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffäl- ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.056	2,4	2.254	5,0	6.686	14,9	34.787	77,7	44.783
bildungsfern	263	4,0	501	7,7	1.149	17,6	4.614	70,7	6.527
mittlere Bildung	622	2,3	1.383	5,2	4.053	15,3	20.414	77,1	26.472
bildungsnah	171	1,5	370	3,1	1.484	12,6	9.759	82,8	11.784

Tab. 5.9.7 Feinmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 62.354

Kindergartenbesuch	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Be- handlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffäl- ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.496	2,4	3.401	5,5	9.165	14,7	48.292	77,4	62.354
kein Kindergartenbesuch	61	6,5	37	3,9	190	20,3	650	69,3	938
Kindergartenbesuch	1.435	2,3	3.364	5,5	8.975	14,6	47.642	77,6	61.416

Tab. 5.9.8 Feinmotorische Entwicklung / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 66.042

Teilnahme U9	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Be- handlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffäl- ligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.586	2,4	3.767	5,7	9.681	14,7	51.008	77,2	66.042
U9 nicht erfolgt	484	3,9	771	6,2	2.157	17,3	9.048	72,6	12.460
U9 erfolgt	1.102	2,1	2.996	5,6	7.524	14,0	41.960	78,3	53.582

Tab. 6.1.1 Verhalten, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.841											
Landkreis	Befund mit Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung/ Beratung	%	Beratung ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	keine Angabe/ Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	1.713	2,7	2.724	4,3	9.945	15,6	49.284	77,2	175	0,3	63.841
Tab. 6.1.2 Verhalten / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.642											
Ammerland	19	1,7	60	5,4	114	10,4	906	82,3	2	0,2	1.101
Braunschweig, Stadt	56	2,9	76	4	395	20,5	1.396	72,6	1	0,1	1.924
Cloppenburg	24	1,2	105	5,3	422	21,2	1.441	72,3	0	0	1.992
Cuxhaven	9	0,5	44	2,4	258	14	1.507	81,6	29	1,6	1.847
Diepholz	16	0,8	80	3,9	256	12,6	1.683	82,7	0	0	2.035
Emden, Stadt	17	3,6	8	1,7	44	9,4	400	85,3	0	0	469
Friesland	6	0,7	21	2,3	191	21,1	684	75,7	2	0,2	904
Gifhorn	58	3,2	35	1,9	167	9,3	1.528	85,1	8	0,4	1.796
Goslar	56	5,5	39	3,8	173	16,9	754	73,6	2	0,2	1.024
Göttingen	77	3,7	119	5,8	332	16,1	1.532	74,1	7	0,3	2.067
Grafschaft Bentheim	26	1,8	82	5,6	77	5,3	1.268	87,1	3	0,2	1.456
Hameln-Pyrmont	20	1,6	68	5,4	293	23,3	872	69,4	4	0,3	1.257
Hannover, Region	359	3,6	588	5,8	2.001	19,9	7.092	70,5	19	0,2	10.059
Harburg	61	2,6	79	3,4	284	12,1	1.904	81,3	13	0,6	2.341
Helmstedt	20	2,8	30	4,1	148	20,4	527	72,7	0	0	725
Hildesheim	120	4,7	95	3,7	276	10,8	2.048	80,1	18	0,7	2.557
Holzminen	29	4,8	54	9	104	17,3	409	68,2	4	0,7	600
Leer	41	2,5	37	2,2	63	3,8	1.504	91,4	0	0	1.645
Lüchow-Dannenberg	7	1,7	31	7,3	56	13,3	328	77,7	0	0	422
Lüneburg	43	2,4	90	5	193	10,7	1.466	81,4	9	0,5	1.801
Nienburg (Weser	31	2,5	79	6,5	207	17	888	72,8	14	1,1	1.219
Northeim	23	1,9	80	6,6	111	9,2	991	82	3	0,2	1.208
Oldenburg, Landkreis	76	5,6	63	4,6	129	9,4	1.101	80,4	0	0	1.369
Oldenburg, Stadt	14	1	66	4,8	342	24,6	965	69,5	2	0,1	1.389
Osnabrück, Landkreis	113	3,1	77	2,1	457	12,5	3.019	82,4	0	0	3.666
Osnabrück, Stadt	27	2,1	52	4	119	9,1	1.116	84,9	0	0	1.314
Osterode	1	0,2	5	0,8	111	18,3	489	80,6	1	0,2	607
Peine	27	2	50	3,7	172	12,6	1.119	81,7	1	0,1	1.369
Rotenburg (Wümme)	0	0	54	3,1	373	21,6	1.297	75,2	1	0,1	1.725
Salzgitter, Stadt	45	5	8	0,9	94	10,5	744	83,3	2	0,2	893
Schaumburg	77	5,2	101	6,9	240	16,3	1.051	71,4	3	0,2	1.472
Soltau-Fallingb.ostel	27	2,1	15	1,2	127	10	1.104	86,7	0	0	1.273
Stade	40	2,1	103	5,4	512	27	1.236	65,3	2	0,1	1.893
Uelzen	18	2,2	37	4,6	155	19,1	601	74	1	0,1	812
Verden	13	0,9	14	1	318	23,2	1.010	73,7	16	1,2	1.371
Wesermarsch	14	1,7	44	5,3	23	2,8	746	90,2	0	0	827
Wilhelmshaven, Stadt	20	3,1	40	6,2	37	5,7	548	84,7	2	0,3	647
Wittmund	14	2,6	8	1,5	166	30,6	355	65,4	0	0	543
Wolfenbüttel	21	1,8	45	3,9	165	14,2	930	79,8	5	0,4	1.166
Wolfsburg, Stadt	48	4,5	42	4	240	22,7	725	68,7	1	0,1	1.056

Tab. 6.1.3 Verhalten / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.212

Migrationshintergrund nach Herkunftsregion	Befund mit Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung/ Beratung	%	Beratung ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.708	2,7	2.703	4,3	9.880	15,6	48.921	77,4	63.212
Deutschland	1.331	2,7	2.248	4,6	7.463	15,1	38.307	77,6	49.349
Afrika	12	4,3	13	4,7	55	19,9	197	71,1	277
Asien, Australien, Ozeanien	15	2,3	13	2,0	90	13,9	528	81,7	646
Naher Osten	33	2,2	52	3,5	258	17,3	1.148	77,0	1.491
Nord/ Südamerika	4	1,6	11	4,3	40	15,6	202	78,6	257
Osteuropa	200	2,7	223	3,0	1.283	17,4	5.652	76,8	7.358
Türkei	79	2,9	101	3,7	512	18,5	2.070	74,9	2.762
Westeuropa	34	3,2	42	3,9	179	16,7	817	76,2	1.072

Tab. 6.1.4 Verhalten / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 42.738

Ausbildung der Eltern	Befund mit Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung/ Beratung	%	Beratung ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.123	2,6	1.708	4,0	6.645	15,5	33.262	77,8	42.738
bildungsfern	290	4,7	411	6,7	1.256	20,3	4.222	68,3	6.179
mittlere Bildung	164	1,4	265	2,3	1.405	12,3	9.584	83,9	11.418
bildungsnah	669	2,7	1.032	4,1	3.984	15,8	19.456	77,4	25.141

Tab. 6.1.5 Verhalten / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 59.976

Kindergartenbesuch nach Geschlecht	Befund mit Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung/ Beratung	%	Beratung ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.611	2,7	2.457	4,1	9.331	15,6	46.577	77,7	59.976
Kindergarten besucht	1.556	2,6	2.432	4,1	9.148	15,5	45.975	77,8	59.111
kein Kindergartenbesuch	55	6,4	25	2,9	183	21,2	602	69,6	865
Jungen	1.033	3,3	1.736	5,6	5.370	17,4	22.777	73,7	30.916
Kindergarten besucht	999	3,3	1.714	5,6	5.268	17,3	22.468	73,8	30.449
kein Kindergartenbesuch	34	7,3	22	4,7	102	21,8	309	66,2	467
Mädchen	578	2,0	721	2,5	3.961	13,6	23.800	81,9	29.060
Kindergarten besucht	557	1,9	718	2,5	3.880	13,5	23.507	82,0	28.662
kein Kindergartenbesuch	21	5,3	3	0,8	81	20,4	293	73,6	398

Tab. 6.1.6 Verhalten / Besuch der U9, Schuleingangsuntersuchung 2010, Niedersachsen, n = 63.666

Teilnahme U9	Befund mit Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung/ Beratung	%	Beratung ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.713	2,7	2.724	4,3	9.945	15,6	49.284	77,4	63.666
U9 erfolgt	1.264	2,4	2.127	4,1	7.707	14,9	40.632	78,5	51.730
U9 nicht erfolgt	449	3,8	597	5,0	2.238	18,8	8.652	72,5	11.936

Autorinnen und Autoren

Dr. Andreas Becker

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen
0551-396727
www.med.uni-goettingen.de

Dr. Elke Bruns-Philipps

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover
0511-4505-137
www.nlga.niedersachsen.de

Verena Handtke

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle
für Kinder, Jugendliche und deren Familien der Region Hannover
Podbielskistraße 168
30177 Hannover
0511-30033490
beratungsstelle.kjp@region-hannover.de
www.hannover.de/familie/rat_hilfe/jugendliche/podbi168.html

Katharina Hesse-Jungesblut

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover
0511-4505-249
www.nlga.niedersachsen.de

Dr. Christoph Höger

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen
0551-396727
www.med.uni-goettingen.de

Nicola Jahn

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover
0511-4505-135
www.nlga.niedersachsen.de

Dr. Bettina Langenbruch

FD 409 - Fachdienst Gesundheit Landkreis Hildesheim
Ludolfingerstr. 2
31137 Hildesheim
05121/309-7461
www.landkreishildesheim.de

Hon.-Prof. Dr. Christoph Möller (Chefarzt)

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Auf der Bult – Zentrum für Kinder und Jugendliche
Janusz-Korczak-Allee 12
30173 Hannover
0511-81155522
www.auf-der-bult.de

Dr. Burkhard Neuhaus (Chefarzt)

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Auf der Bult – Zentrum für Kinder und Jugendliche
Kinder- und Jugendkrankenhaus
Janusz-Korczak-Allee 12
30173 Hannover
0511-8115-5525
www.auf-der-bult.de

Stefan Pohl

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle
für Kinder, Jugendliche und deren Familien der Region Hannover
Podbielskistraße 168
30177 Hannover
0511-30033490
beratungsstelle.kjp@region-hannover.de
www.hannover.de/familie/rat_hilfe/jugendliche/podbi168.html

Dr. Matthias Pulz

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover
0511-4505-500
www.nlga.niedersachsen.de

Prof. Dr. Aribert Rothenberger

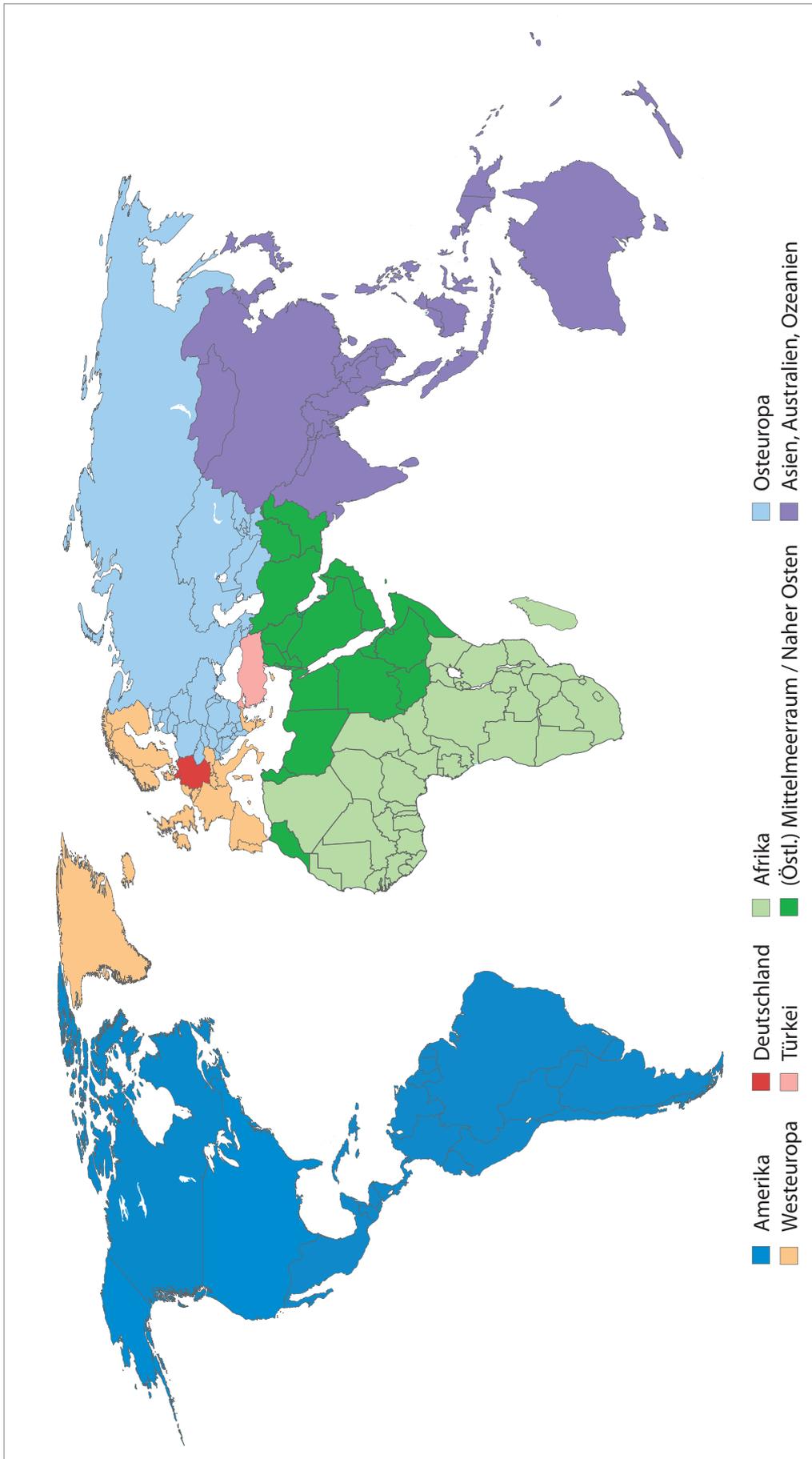
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen
0551-396727
www.med.uni-goettingen.de

Astrid Zielhofer

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle
für Kinder, Jugendliche und deren Familien der Region Hannover
Podbielskistraße 168
30177 Hannover
0511-30033490
beratungsstelle.kjp@region-hannover.de
www.hannover.de/familie/rat_hilfe/jugendliche/podbi168.html

Christel Zühlke

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover
0511-4505-133
www.nlga.niedersachsen.de



Herkunftsregionen der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

